

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Teori

##### 2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

###### A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2010:80).

Kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Bila dihitung dari saat *fertilisasi* sampai lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ke tiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2008:213).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai masa lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari haid pertama haid terakhir (Saifuddin, 2008:89).

## B. Proses Kehamilan

Secara garis besar, proses kehamilan meliputi beberapa tahapan:

### 1. Fertilisasi

*Fertilisasi* adalah bertemunya sel telur dan sel sperma.

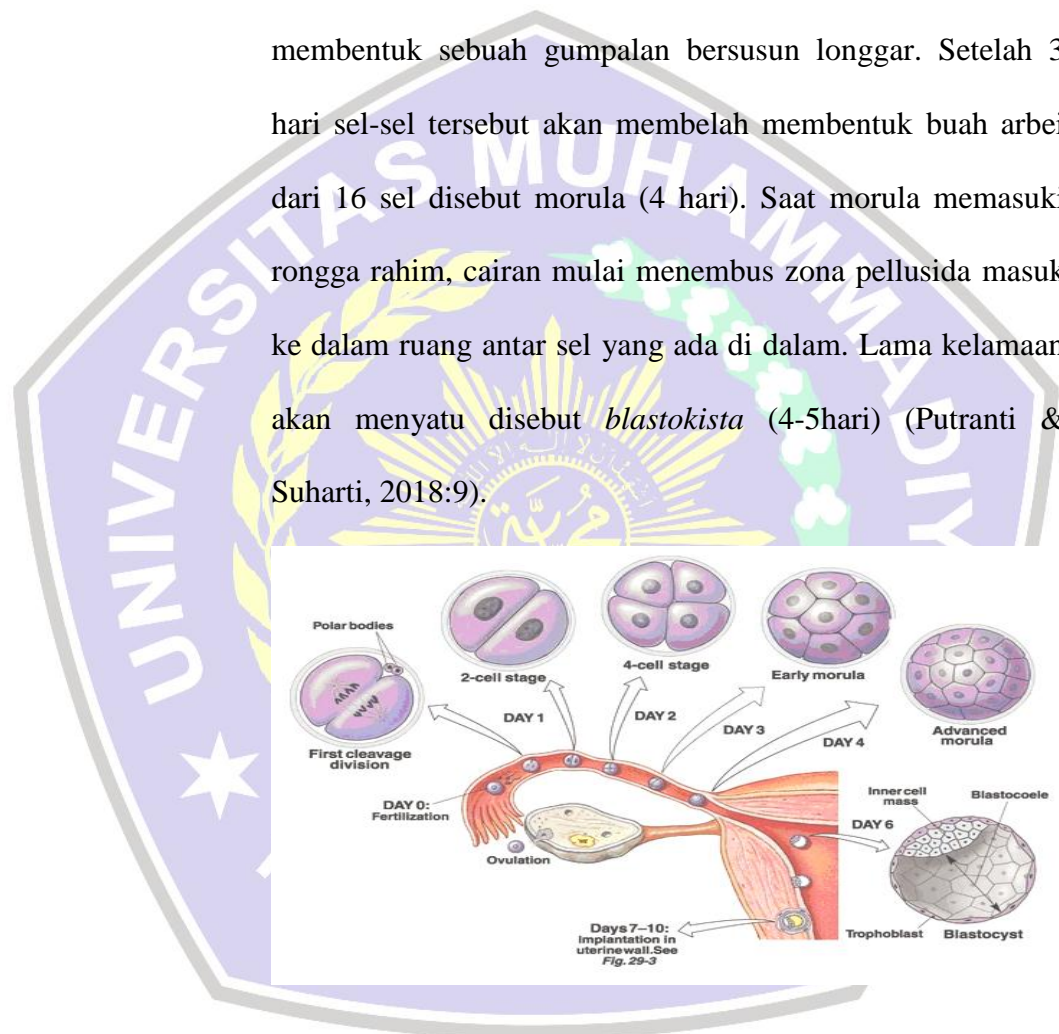
Saat terjadi ejakulasi, kurang lebih 3 cc sperma dikeluarkan dari organ reproduksi pria yang kurang lebih berisi 300 juta sperma. Sperma akan menghadapi beberapa rintangan antara lain: lender vagina yang terlalu asam, lender serviks yang kental, panjangnya uterus, serta sdilis yang ada di tuba falopii. Sperma mempunyai akrosom proses dan melewati kapasitasi. *Ovum* ditangkap oleh fimbrie dan berjalan menuju tuba falopii, tempat bertemunya sperma dan ovum adalah ampula tuba (Putranti & Suharti, 2018:9).

*Fertilisasi* (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan *spermatozoa* yang biasanya berlangsung di ampula tuba. *Fertilisasi* meliputi penetrasi *spermatozoa* kedalam *ovum*, *fusi spermatozoa* dan *ovum*, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya satu *spermatozoa* yang telah mengalami proses kapasitasi mampu melakukan penetrasi membran sel *ovum*. Untuk mencapai *ovum*, *spermatozoa* harus melewati koronaradiatal (lapisan sel diluar *ovum*) dan zona pellusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu

dua lapisan yang menutupi dan mencegah *ovum* mengalami *fertilisasi* lebih dari satu *spermatozoa* (Saifuddin, 2011:141).

## 2. Pembelahan

Setelah *zygot* membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel disebut morula (4 hari). Saat morula memasuki rongga rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk ke dalam ruang antar sel yang ada di dalam. Lama kelamaan akan menyatu disebut *blastokista* (4-5hari) (Putranti & Suharti, 2018:9).



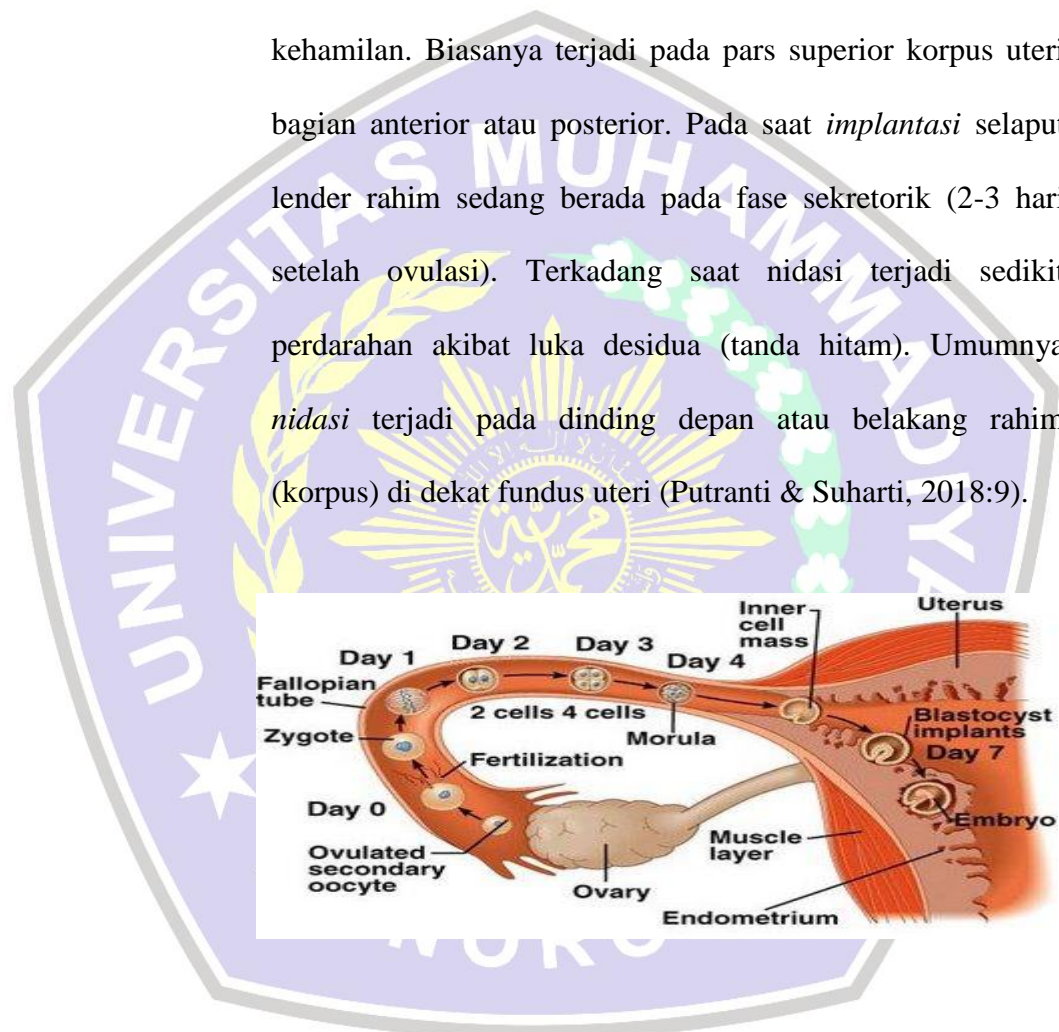
Gambar 2.1

Tahapan pembelahan zigot

Sumber: Putranti & Suharti, 2018:9

### 3. Nidasi

Proses penanaman blastula yang disebut *nidasi* atau *implantasi* terjadi pada hari ke-6 sampai ke-7 setelah konsepsi (Manuaba, 2012:82). *Nidasi* adalah penanaman sel telur yang sudah dibuahi ke dalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior atau posterior. Pada saat *implantasi* selaput lender rahim sedang berada pada fase sekretorik (2-3 hari setelah ovulasi). Terkadang saat *nidasi* terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda hitam). Umumnya *nidasi* terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) di dekat fundus uteri (Putranti & Suharti, 2018:9).



Gambar 2.2  
Perkembangan ovum dan perjalanannya menuju kavum uteri.

Sumber : Manuaba. 2010:80

### C. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Pada manusia plasentasi terjadi 12-18 minggu setelah



*fertilisasi*. Tiga minggu pasca dimulai plasentasi, terjadi pembentukan *vili korealis*. *Vili korealis* ini akan bertumbuh menjadi suatu massa jaringan yaitu plasenta (Saifuddin, 2009:145-146). *Vili korealis* menghancurkan desidua sampai pembuluh darah, mulai konsepsi sehingga sejak saat itu embrio mendapat tambahan nutrisi dari darah ibu secara langsung. Selanjutnya *vili korealis* menghancurkan pembuluh darah arteri sehingga terjadilah aliran darah pertama reptroplasenter pada hari ke-14 sampai hari ke-15 setelah konsepsi. Bagian desidua yang tidak dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 15-20 kotiledon maternal. Pada janin plasenta akan dibagi menjadi 200 kotiledon fetus (Manuaba, 2012:82-85).

Pada blastula, penyebaran sel trofoblas yang tumbuh tidak rata, sehingga bagian dari blastula dengan inner cell mass akan tertanam kedalam endometrium. Sel trofoblas menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari *vili korealis*. (Manuaba, 2010:82).

#### **D. Tanda-tanda Kehamilan**

##### **1. Tanda Presumtif Kehamilan**

Tanda-tanda presumtif adalah perubahan pada ibu atau seorang perempuan yang mengindikasikan bahwa ia telah hamil (Prawirohardjo, 2011:214).

Menurut Kumalasari (2015:2) tanda presumtif kehamilan meliputi:

a) Amenorea (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan *nidasi* menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel degraf* dan ovulasi.

b) Mual dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan, mual dan muntah terutama di pagi hari disebut *morning sickness*.

c) Ngidam

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d) *Sinkope* atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat menimbulkan *sinkope* atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

e) Payudara tegang

Pengaruh estrogen-progesteron dan somatotroin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang, ujung syaraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

f) Sering *miksi*

Desakan Rahim ke depan menyebabkan kandug kemih terasa penuh dan sering *miksi*. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.

g) *Konstipasi* atau *obesitas*

Pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltic usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

h) *Pigmentasi* kulit

Keluarnya *melanophore stimulating hormone* dan pengaruh hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (*Cloasma gravidarum*), pada dinding perut (*Striae livide, striae nigrae, linea alba* makin hitam), serta sekitar payudara (*hyperpigmentasi aerola mammae*), puting susu semakin menonjol, pembuluh darah menifes sekitar payudara.

i) *Epulsi*

*Hipertrofi* gusi yang disebut *epulsi*, dapat terjadi bila hamil.

j) *Varises* atau penampakan pembuluh darah

## 2. Tanda-tanda Tidak Pasti Atau Terduga Hamil

Tanda-tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan anatomic dan fisiologik selain dari tanda-tanda persumtif

yang dapat dideteksi atau dikenali oleh pemeriksa (Prawirohardjo, 2011:214)

- a) Rahim membesar sesuai dengan tuanya kehamilan
- b) Tanda *chadwick* adalah perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan vulva, vagina dan serviks.
- c) Tanda *goodell* adalah perubahan konsistensi serviks dibandingkan dengan konsistensi kenyal pada saat tidak hamil (Kumlasari, 2015:3).
- d) Tanda *hegar* adalah pelunakan dan kompresibilitas ismus serviks sehingga ujung-ujung jari seakan dapat ditemukan apabila ismus ditekan dari arah yang berlawanan (Prawirohardjo, 2014:217).
- e) Tanda *piskacek* adalah pembesaran uterus yang terjadi secara tidak simetris. Pembesaran asimetris tersebut dapat dikenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik pada usia kehamilan 8-10 minggu (Prawirohardjo, 2014:219).
- f) Kontraksi *Braxton hicks* adalah kontraksi yang bersifat non-ritmik, sporadic, tanpa disertai adanya rasa nyeri, mulai timbul sejak kehamilan enam minggu dan tidak terdeteksi melalui pemeriksaan bimanual pelvik (Prawiroharjo, 2014 : 219).



g) Fenomenal bandul adalah adanya *ballottement* kepala yaitu hanya kepala janin yang terdorong dan memantul kembali ke dinding uterus atau tangan pemeriksa setelah memindahkan dan menerima tekanan balik cairan ketuban dikavum uteri (Prawirohardjo, 2014:214).

h) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif, tetapi sebagian kemungkinan palsu (Kumalasari, 2015:3).

### 3. Tanda Pasti Kehamilan

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa (Hani, dkk, 2011:75). Untuk mengetahui tanda pasti kehamilan harus dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan bantuan medis, dokter kandungan atau bidan. Menurut Manuaba dkk (2009:109) tanda-tanda pasti kehamilan dapat ditentukan melalui:

#### a) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin di dalam rahim sudah dapat terlihat dengan menggunakan USG. Bidan atau dokter kandungan dapat meraba janin. Bahkan sudah dapat meraba bagian-bagian janin sehingga dapat mengidentifikasi janin sesuai dengan usia kehamilan yang sedang berlangsung

- b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan 18 minggu pada primi gravidarum dan 16 minggu pada multi gravidarum. Melihat dengan alat USG oleh dokter kandungan.
- c) Terdengar denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop Laenec pada usia kehamilan 18-20 minggu dan alat fetal electrocardiograf (doppler) pada usia kehamilan 12 minggu.

#### **E. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio**

##### **1. Embrio Usia 2-4 Minggu**

- a) Terjadi perubahan yang semula buah kehamilan hanya berupa satu titik telur menjadi satu organ yang terus berkembang

##### **2. Embrio Usia 4-6 Minggu**

- a) Sudah terbentuk bakal organ-organ
- b) Jantung sudah berdenyut dan mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah merah yang pertama.

Selanjutnya, pembuluh darah terus berkembang di seluruh embrio dan plasenta

- c) Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG
- d) Panjang embrio 0,64

3. Embrio Usia 8 Minggu

- a) Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata dan kaki
- b) Pembentukan usus
- c) Pembentukan genetalia dan anus

4. Embrio Usia 12 Minggu

- a) Embrio berubah menjadi janin
- b) Usus lengkap
- c) Genetalia dan anus sudah terbentuk

5. Embrio Usia 16 Minggu

- a) Gerakan fetal pertama (*quickening*)
- b) Sudah mulai ada meconium dan verniks caseosa
- c) Sistem rematurenal sudah matang
- d) Sistem saraf mulai melaksanakan rematu
- e) Pembuluh darah berkembang cepat
- f) Tangan janin dapat menggenggam
- g) Kaki menendang dengan aktif
- h) Semua organ mulai matang dan tumbuh
- i) Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar dengan Doppler
- j) Janin 0,2 kg

6. Janin Usia 24 Minggu

- a) Kerangka berkembang dengan cepat karena aktifitas pembentukan tulang meningkat
- b) Perkembangan pernafasan dimulai
- c) Berat janin 0,7-0,8 kg

7. Janin Usia 28 Minggu

- a) Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu
- b) Sufraktan terbentuk di dalam paru-paru
- c) Mata mulai membuka dan menutup
- d) Ukuran janin 2/3 saat lahir

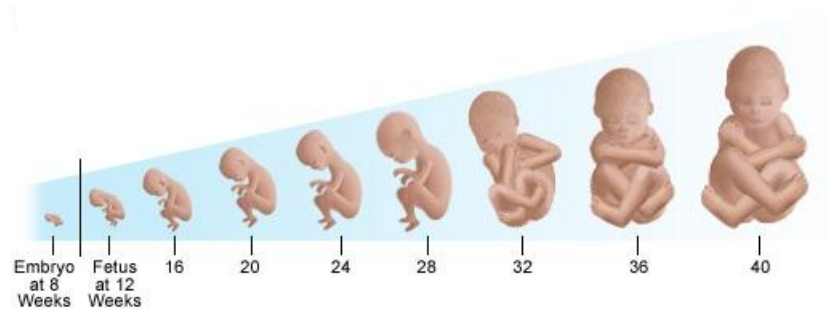
8. Janin Usia 32 Minggu

- a) Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir
- b) Mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor
- c) Bayi sudah tumbuh 38-39 cm

9. Janin Usia 36-40 Minggu

- a) Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak
- b) Antibodi ibu di transfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi bekerja sendiri (Saifuddin. 2011:159).





Gambar 2.3

Tahap Pertumbuhan Janin

Sumber: Saifuddin, 2011:159

Tabel 2.1

Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia Gestasi	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih tergeggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin; kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk meconium (feases) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150 kali per menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin memiliki reflex.
25-28	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah regular, suhu relative stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) Mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber : Saifuddin, 2011: 157-159

## F. Perubahan Fisiologis Masa Kehamilan

### 1. Perubahan pada sistem reproduksi

#### a) Vagina dan vulva

Hormon estrogen memengaruhi sistem reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada vagina dan vulva. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan tanda *chadwick*. Perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa, pelunakan jaringan penyambung dan hipertrofi otot polos. Akibat peregangan otot polos menyebabkan vagina menjadi lebih lunak. Perubahan yang lain adalah peningkatan sekret vagina dan mukosa vagina memetabolisme glikogen. Metabolisme ini terjadi akibat pengaruh hormon estrogen. Peningkatan laktobasilus menyebabkan metabolisme meningkat. Hasil metabolisme (glikogen) menyebabkan PH menjadi lebih asam (5,2-6). Keasaman vagina berguna untuk mengontrol pertumbuhan bakteri patogen (Kumalasari, 2015:3).

#### b) Serviks

Perubahan serviks merupakan akibat pengaruh hormon estrogen sehingga menyebabkan massa dan kandungan air meningkat. Peningkatan vaskularisasi dan

edema, hiperplasia dan hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan serviks menjadi lunak (*tanda Goodell*) serta serviks berwarna kebiruan tanda *Chadwick*. Akibat pelunakan ismus maka terjadi antefleksi uterus berlebihan pada tiga bulan pertama kehamilan (Kumalasari, 2015:3).

c) Uterus

Uterus mengalami pembesaran akibat peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hiperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis yang baru) dan hipertrofi (pembesaran serabut otot dan fibroelastis yang sudah lama), perkembangan desidua (Marmi, 2011:79). Uterus bertambah berat sekitar 70-1100 gram selama kehamilan. Ukuran uterus mencapai umur kehamilan aterm adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas >4000 cc (Kumalasari, 2015:4).



Gambar 2.4

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uterus

Sumber: Kumalasari, 2015:4



Tabel 2.2

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	Umur kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ simfisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jan (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber: <http://mutiaraque.blogspot.com/2015/01/perkembangan-hasil-konsepsi.html>

#### d) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormone corionik gonadotropin yang mirip dengan hormone luteotropik hipofisis anterior (Manuaba, 2010:92).

#### 2. Perubahan kardiovaskular atau hemodinamik

Sirkulasi darah dalam kehamilan dipengaruhi oleh pembesaran dan penekanan uterus terutama pada vena pelvis ketika duduk dan vena cava inferior ketika berbaring (Hani, dkk, 2011:58).



a) Volume darah ibu meningkat sekitar 30-50% pada kehamilan tunggal dan 50% pada kehamilan kembar, biasanya karena adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari adrenal oleh estrogen. *Cardiac output* meningkat  $\pm 30\%$ , pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur kehamilan 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relatif stabil (Kumalasari, 2015:4).

b) Penekanan pada vena cava (aliran balik vena) dapat menyebabkan hipotensi arterial dan wanita dapat menjadi pingsan atau kehilangan kesadaran (Kumalasari, 2015:4).

c) Perubahan pada sistem pernapasan

Oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ligamen pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat.

Karena rahim membesar panjang paru-paru berkurang. Kerangka iga bagian bawah tampak melebar. Tinggi diafragma bergeser 4 cm selama masa hamil. Dengan semakin tuanya kehamilan pernapasan dada

menggantikan pernapasan perut dan penurunan diafragma saat inspirasi menjadi semakin sulit (Marmi, 2011:85).

### 3. Perubahan pada ginjal

a) Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30-50% atau lebih, yang puncaknya terjadi pada kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar).

b) Terjadi miksi (berkemih) sering pada awal kehamilan karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan menghilang pada trimester II kehamilan dan diakhir kehamilan gangguan ini muncul kembali karena turunnya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih (Kumalasari, 2015:5).

### 4. Sistem endokrin

#### a) Ovarium dan plasenta

Korpus luteum mulai menghasilkan estrogen dan progesteron dan setelah plasenta terbentuk menjadi sumber utama kedua hormon tersebut. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) adalah hormon utama yang dihasilkan oleh plasenta yang berperan mencegah ovulasi

dan merangsang pembentukan estrogen serta progesteron oleh ovarium untuk mempertahankan kehamilan. Selain itu plasenta juga menghasilkan *Human Placental Lactogen* (HPL) atau *Human Chorionic Somatommatropin* (HCS), *Human Chorionic Thyrotropin* (HCT), dan *Melanocyte-stimulating hormone* yang menyebabkan kulit berwarna lebih gelap disaat kehamilan (Kumalasari, 2015:6).

b) Kelenjar tiroid

Kelenjar tiroid akan menjadi aktif. Kelenjar tiroid yang menjadi aktif menyebabkan denyut jantung yang cepat, jantung berdebar-debar (palpitasi), keringat berlebihan, dan perubahan suasana hati. Akan tetapi, hipertiroidisme (overaktivitas kelenjar tiroid) hanya terjadi pada kurang dari 1% kehamilan (Kumalasari, 2015:6).

c) Kelenjar paratiroid

Ukurannya meningkat karena kebutuhan kalsium janin meningkat sekitar minggu ke 15-35. Oleh karena hormon ini untuk mempertahankan kecukupan kalsium dalam darah, jadi tanpa hormon ini metabolisme tulang dan otot terganggu (Kumalasari, 2015:6).

d) Pankreas

Sel-selnya tumbuh dan menghasilkan lebih banyak insulin untuk memenuhi kebutuhan yang meningkat. Oleh karena itu, penderita diabetes yang sedang hamil bisa gejala diabetes yang lebih buruk (Kumalasari, 2015:6).

e) Kelenjar pituitary

Pada lobus anterior mengalami sedikit pembesaran dan terus menghasilkan semua hormon tropik, tetapi dengan jumlah yang sedikit berbeda. FSH ditekan oleh HCG. Hormon pertumbuhan berkurang dan hormon melanotropik meningkat. Pembentukan prolaktin meningkat selama kehamilan dan persalinan. Oksitosin meningkat dan menstimulasi kontraksi otot uterus (Kumalasari, 2015:6).

5. Perubahan sistem integument

a) Payudara

Payudara biasanya membesar disebabkan karena hipertrofi alveoli. Dibawah kulit payudara sering tampak gambaran-gambaran dari vena yang meluas. Putting susu biasanya membesar dan berwarna lebih gelap serta sering mengeluarkan kolostrum. Kelenjar montgomery menonjol keluar, areola lebih gelap, dan nyeri tekan.



Perubahan-perubahan pada payudara ini disebabkan karena pengaruh hormonal. Pada TM III biasanya terjadi pengeluaran cairan pada puting yang disebut colostrum (Kumalasari, 2015:6).

b) Pigmentasi

Mengalami pengumpulan pigmen ditiga area yaitu linea nigra (garis gelap mengikuti *midline* [Garis Tengah] abdomen), topeng kehamilan (*cloasma*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak dikulit kening dan pipi, dan peningkatan pigmentasi disekeliling puting susu (areola) (Kumalasari, 2015:6).

c) Spider angioma

Spider angioma (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul dikulit, biasanya diatas pinggang. Sementara itu, pelebaran pembuluh darah kecil yang berinding tipis sering kali tampak ditungakai bawah (Kumalasari, 2015:6).

d) Striae gravidarum

Striae gravidarum adalah tanda regangan yang dibentuk akibat serabut-serabut elastik dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus. Hal ini mengakibatkan pruritus atau rasa gatal. Ada 2 jenis striae gravidarum yaitu striae

livide pada primi dan striae albican pada multi  
(Sulistyawati, 2012:65).

#### 6. Sistem Muskuloskeletal

- a) Gigi, tulang, dan persendian membutuhkan kira-kira sepertiga lebih banyak kalsium dan fosfor pada masa kehamilan
- b) Saliva yang asam pada saat hamil membantu aktivitas penghancuran bakteri email yang menyebabkan karies.
- c) Sendi pelvik sedikit dapat bergerak.
- d) Bahu tertarik lebih kebelakang dan tulang belakang lebih melengkung sebagai akibat dari penyesuaian diri karena janin yang membesar dalam abdomen sehingga tulang belakang menjadi *kifosis* (Kumalasari, 2015:7).

#### 7. Perubahan sistem gastrointestinal

- a) Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (konstipasi). Sembelit semakin berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron.
- b) Wanita hamil sering mengalami *heartburn* (rasa panas didada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada didalam lambung dan karena relaksasi sfingter dikerongkongan bagian bawah yang

memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan.

c) Ulkus gastrikum jarang ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang dihasilkan lebih sedikit (Kumalasari, 2015:7).

d) Mual muntah. Terjadi relaksasi pada otot-otot pencernaan antara lain peristaltik di lambung sehingga pencernaan makanan oleh lambung menjadi lebih lama dan mudah terjadi peristaltik balik ke esophagus. Selain itu pengaruh dari peningkatan hormone HCG juga dapat menyebabkan ibu hamil merasakan mual dan muntah (Hani, dkk, 2011:54).

#### 8. Sistem Pernafasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas, dikarenakan pada wanita hamil terjadi perubahan system respirasi untuk memenuhi kebutuhan oksigen ( $O_2$ ). Peningkatan kadar progesterone menyebabkan hiperventilasi kehamilan. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan pemenuhan kebutuhan  $O_2$  wanita hamil

akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya (Sunarti, 2013:47).

#### 9. Indeks Massa Tubuh (IMT) dan berat badan

Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan 4kg pada kehamilan TM I, 0,5kg/minggu pada kehamilan TM II dan TM III. Totalnya sekitar 15-16 kg selama kehamilan (Sulistyawati, 2012:69). Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Contoh, wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1.57 meter. Maka IMT-nya adalah  $51 / (1,57)^2 = 20,7$  (Megasari dkk, 2015: 65). Nilai IMT mempunyai rentang dalam tabel berikut:

Tabel 2.3  
Indeks Massa Tubuh (IMT)

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan BB tingkat berat	<17,0
	Kekurangan BB tingkat ringan	17,0 - 18,4
Normal		18,5 - 25,0
Gemuk	Kelebihan BB tingkat ringan	25,1 - 27,0
	Kelebihan BB tingkat berat	>27,0

Sumber: <http://terasolahraga.com/indeks-massa-tubuh-imt-suatu-cara-untuk-mengetahui-berat-badan-ideal-dan-status-gizi>



## G. Perubahan Psikologis Ibu Hamil

### 1. Trimester I

Trimester I merupakan penentuan kehamilan, penentuan penerimaan dan kenyataan berbeda di trimester I. Bingung, 80% kecewa, menolak, gelisah, depresi, murung, ini terjadi pada kehamilan tidak diinginkan dan pada ibu yang belum punya anak tetapi terjadi pembuahan secara tidak disengaja. Merenungkan dirinya, efek-efek dari kehamilannya (jika wanita karir), tanggung jawab baru dan beban dipikul, keuangan dan rumah, semuanya karena kebingungannya dan akan berakhir pada akhir trimester I.

Ketidaknyamanan: mual, lelah, perubahan selera, emosional, pada saat depresi ingat kehamilannya. Kekhawatiran dengan tidak sadar menunggu berakhirnya trimester I, akhir yang menyatakan aman, tenang, percaya dengan kehamilannya. Peningkatan hasrat tetapi akan seksual atau libido yang dipengaruhi oleh mual dan kelelahan. Hal ini perlu keterbukaan, kejujuran 2 pasang (Megasari dkk, 2014:74)

### 2. Trimester II

Periode pencarian kesehatan tentang dirinya, umumnya merasa baik. Trimester II dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a) Prequickening, pemberitahuan sebagian fakta kehidupan, biasanya wanita ini mengevaluasi identitas ibunya pada saat hamil, terus mencari potensi-potensi yang terjadi pada saat hamil. Penerima perawatan (dari ibunya) biasanya terjadi konflik ibu dan anak mengenai perawatan, tetapi wanita menikmati pendekatan ini. Pada akhirnya wanita sebagai penerima, menuntut perhatian, cinta, semua yang diterima akan dia simpan sampai pada suatu saat ini menjadi pemberi, seperti yang dilakukan ibunya.

b) Quickening, perubahan yang tidak bisa ditanya pada pikiran wanita, meningkatnya hubungan sosial dengan wanita hamil lainnya. Ketertarikan untuk mempelajari menjadi ibu, peran-peran ibu, tertarik dengan anak kecil, mulai menggendong, mulai memikirkan bayinya, kesehatan bayi. Meningkatnya hubungan sex, karena telah bebas dari ketidaknyamanan fisik dan depresi, sekarang dia mencari perhatian pasangannya (Megasari dkk, 2014:75).

### 3. Trimester III

Periode penantian, tidak sabar, persiapan kelahiran dan kedudukan menjadi orang tua. Memusatkan perhatian,

melindungi bayi dari bahaya dari luar atau dalam. Persiapan kehadiran bayi, sebagai contoh: nama anak, pakaian bayi.

Mendatangi pertemuan-pertemuan yang menunjang peran menjadi orang tua, konseling kebidanan, membeli perlengkapan. Terkadang muncul rasa takut atau khawatir tentang abnormal pada bayinya, proses persalinan, ketidak tahuan kapan persalinan.

Proses duka cita: akan kehilangan perhatian dan keistimewaan pada saat hamil, terpisahnya bayi dari tubuhnya, kandungan menjadi kosong. Pertengahan trimester III hasrat seksual menurun daripada trimester II karena semakin besarnya abdomen menjadi penghalang, merasa canggung, jelek, tidak rapi, semua ini memerlukan lebih besar perhatian pasangan (Megasari dkk, 2014:76).

#### **H. Penyesuaian Psikologis Ibu Hamil**

Penyesuaian psikologis ibu hamil menurut Megasari dkk (2014:76-77), yaitu:

##### **1. Trimester I**

Memahami dan menerima kebingungan dan perasaan negatif dengan bantuan dari orang terdekat, nasehat yang diberikan. Menerima kehamilan dan menjalani dengan penuh sabar, menghilangkan pikiran-pikiran negatif tentang

kehamilan. Konsultasi rutin untuk memastikan keamanan dan percaya dengan kehamilannya.

Memahami semua keprihatinannya merupakan hal yang normal pada trimester I dan mendapat pengetahuan untuk menanggulangi masalah ketidaknyamanan. Contohnya :  
mual, saat konsultasi kita akan diberi antimuntah, pada saat makan obat dibantu dengan makanan pendukung, makan sedikit tapi sering, dan bisa makan roti, biscuit agar menjaga lambung tetap terisi.

## 2. Trimester II

Mengevaluasi identitas ibunya yang positif saja. Menghindari potensi-potensi yang pernah terjadi pada ibu hamil. Peran orang-orang disekitar wanita, ibu tidak menakut-menakuti anaknya, tetapi memberi semangat. Menikmati perhatian, kasih sayang yang bersifat positif yang diberikan oleh ibu kita.

Untuk membentuk perannya menjadi ibu, bisa dengan hubungan dengan orang yang baru punya bayi, bertanya, belajar memegang bayi, dan melakukan konsultasi mengenai kesehatan untuk janinnya. Perhatian pasangan berperan pada meningkatkan libido dan kepuasan seks.



### 3. Trimester III

Aktivitas yang menunjang persiapan persalinan (penyuluhan, konsultasi) bersifat mental dan fisiologis, siap menjadi orang tua, menerima potensi-potensi yang terjadi dan perubahan-perubahan fisik, rasa sakit. Memahami bayi adalah bagian akhir dirinya, dan itu sangat berarti dan membahagiakan.

#### I. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya pada kehamilan merupakan gejala berbahaya yang terjadi saat kehamilan dan dapat menyebabkan kematian baik pada ibu maupun pada janin jika tidak terdeteksi (Hani, dkk, 2011:107). Enam tanda-tanda bahaya selama periode antenatal adalah sebagai berikut:

1. Perdarahan per vaginam
2. Sakit kepala yang hebat dan menetap
3. Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja)
4. Nyeri abdomen yang hebat
5. Bengkak pada muka atau tangan
6. Bayi kurang bergerak seperti biasa (Hani, dkk, 2011:107-108).

## J. Komplikasi Pada Ibu Dan Janin Selama Kehamilan

### 1. Kehamilan Muda

#### a) Perdarahan per Vagina

##### 1) Abortus

(a) Abortus imminens disebut dengan keguguran membakat dan akan terjadi jika ditemukan perdarahan pada kehamilan muda, namun pada tes kehamilan masih menunjukkan hasil yang positif. Dalam kasus ini keluarnya janin masih dapat dicegah dengan memberikan terapi hormonal dan antispasmodic serta istirahat. Jika setelah beberapa minggu ternyata perdarahan masih ditemukan dan dalam dua kali tes kehamilan menunjukkan hasil yang negative, maka harus dilakukan kuretase karena hal tersebut menandakan abortus sudah terjadi (Sulistyawati, 2012:163-172).

(b) Abortus insipiens (keguguran sedang berlangsung) terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban (Sulistyawati, 2012:163-172).

(c) Abortus habitualis (keguguran berulang) terjadi jika telah mengalami keguguran berturut-turut selama lebih dari tiga kali (Sulistyawati, 2012:163-172).

(d) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) adalah jika terjadi perdarahan per vagina disertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desidua atau plasenta. Gejala yang menyertai adalah amenore, sakit perut karena kontraksi, perdarahan yang keluar bisa banyak atau sedikit (Sulistyawati, 2012:163-172).

(e) Abortus kompletus (keguguran lengkap) jika ditemukan pasien dengan perdarahan per vagina disertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga rahim dalam keadaan kosong (Sulistyawati, 2012:163-172).

## 2) Kehamilan Mola

Disebut kehamilan anggur, yaitu adanya jonjot korion (*chorionic villi*) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan. Ini merupakan bentuk

neoplasma trofoblas yang jinak (benigna). Tanda dan gejalanya adalah sebagai berikut:

- (a) Terdapat gejala-gejala kehamilan muda yang lebih nyata dari kehamilan normal, mual muntah yang berlebihan.
- (b) Kadang kala ada tanda toksemia gravidarum (pusing, gangguan penglihatan, dan tekanan darah tinggi).
- (c) Terdapat perdarahan sedikit atau banyak, warna tengguli tua atau kecokelatan, tidak teratur.
- (d) Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- (e) Keluar jaringan mola (seperti anggur) yang merupakan diagnosis pasti, namun jaringan mola ini tidak selalu ditemukan.
- (f) Muka dan badan kelihatan lebih pucat atau kekuning-kuningan, yang disebut muka mola (*mola face*).
- (g) Tidak teraba bagian-bagian *ballotement* janin dan gerakan janin.
- (h) Tidak terdengar DJJ, terdengar bising dan bunyi khas.



- (i) Pada tes kehamilan ditemukan kadar HCG yang tinggi.
- (j) Pada foto rontgen abdomen tidak terlihat adanya kerangka janin (pada usia kehamilan lebih dari tiga bulan).
- (k) Pada pemeriksaan USG ditemukan adanya gambaran badai salju (gambaran khas pada kehamilan mola) dan tidak terlihat adanya janin.

(Sulistiyawati, 2012:163-172)

### 3) Kehamilan ektopik

Dinamakan kehamilan ektopik jika kehamilan dengan hasil konsepsi tidak berada didalam endometrium uterus. Keadaan ini akan meningkat menjadi kehamilan ektopik terganggu (KET) pada usia kehamilan lebih dari 10 minggu. Gejala-gejala klinis yang biasanya ditemui adalah sebagai berikut:

- (a) Gejala amenore serta keluhan hamil muda
- (b) Pada KET jika terjadi abortus tuba, maka kemungkinan keluhan tidak begitu berat, hanya ada rasa sakit di perut dan pengeluaran darah per vagina

- (c) Perasaan nyeri dan sakit yang tiba-tiba di perut seperti di iris-iris dengan pisau disertai dengan muntah dan bisa sampai jatuh pingsan
- (d) Pada pemeriksaan tanda vital didapat denyut nadi yang kecil dan halus, serta tekanan darah yang rendah sampai tidak terukur
- (e) Nyeri bahu karena adanya rangsangan ke diafragma
- (f) Terdapat tanda Cullen, yaitu adanya warna biru lebam pada linea alba atau sekitar pusat
- (g) Adanya nyeri goyang porsio
- (h) *Douglas crise*, yaitu rasa nyeri tekan hebat ketika kavum Douglas ditekan
- (i) Teraba massa retrouterin (massa pelvis)
- (j) Per vaginam keluar *desidual cast*
- (k) Pada pemeriksaan palpasi dan perkusi terdapat tanda-tanda perdarahan intra-abdominal
- (l) Pada pemeriksaan Hb serial didapat penurunan kadar Hb, selain itu juga terjadi leukositosis
- (m) Cara lain yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis KET adalah dengan pemeriksaan diagnostic laparaskopi dan USG

(Sulistiyawati, 2012:163-172)

b) Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan kehidupan. Faktor-faktor yang dapat menimbulkan hiperemesis adalah sebagai berikut:

- 1) Kemungkinan vili korialis masuk ke dalam darah
- 2) Adanya faktor alergi
- 3) Adanya faktor predisposisi, seperti primigravida dan overdistensi rahim
- 4) Adanya faktor psikologis, seperti ketidakharmonisan dalam rumah tangga, kehamilan yang tidak diinginkan, atau ketidaksiapan untuk memiliki anak (takut hamil)

Hiperemesis gravidarum memiliki gejala-gejala yang berbeda sesuai dengan tingkatannya, yaitu sebagai berikut:

- 1) Tingkat I
  - (a) Mual muntah terus-menerus sehingga memengaruhi keadaan umum, terjadi dehidrasi.
  - (b) Tekanan darah menurun, denyut nadi meningkat, dan dapat disertai dengan naiknya suhu tubuh.

(c) Nyeri epigastrium.

2) Tingkat II

(a) Dehidrasi bertambah yang ditandai dengan turgor kulit makin berkurang, lidah kering dan kotor, berat badan menurun, mata cekung.

(b) Gangguan sirkulasi darah yang ditandai dengan nadi cepat dan tekanan darah menurun, hemokonsentrasi, oliguria, obstipasi.

(c) Gangguan metabolisme yang ditandai dengan terjadi metabolisme anaerob dalam pemecahan lemak yang menyebabkan adanya badan keton, dijumpai dalam urine dan napas (bau keton), gangguan fungsi lever, terjadi ikterus.

3) Tingkat III

(a) Dehidrasi makin berat

(b) Mual muntah berhenti

(c) Terjadi perdarahan dari esophagus dan retina

(d) Gangguan fungsi lever (ikterus) yang terus meningkat

(e) Penurunan kesadaran, somnolen sampai koma

(Sulistyawati, 2012:163-172)



## 2. Kehamilan Lanjut

### a) Perdarahan per Vagina

#### 1) Plasenta previa

Keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir.

Tiga klasifikasi plasenta previa, yaitu sebagai berikut:

(a) Plasenta previa totalis (sentralis): seluruh ostium ditutupi plasenta.

(b) Plasenta previa parsialis (lateralis): sebagian ostium ditutupi plasenta.

(c) Plasenta previa letak rendah (marginalis): tepi plasenta berada 3-4 cm di atas pinggir pembukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba.

(Sulistyawati, 2012:163-172)

#### 2) Solusio Plasenta

Suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas sebagian atau seluruhnya sebelum jalan lahir, biasanya dihitung sejak usia kehamilan lebih dari 28 minggu. Solusio plasenta menurut derajat lepasnya plasenta dibagi menjadi:

- (a) Solusio plasenta lateralis/parsialis: bila hanya sebagian dari plasenta yang terlepas dari tempat perlekatannya.
- (b) Solusio plasenta totalis: bila seluruh bagian plasenta sudah terlepas dari perlekatannya.
- (c) Prolapses plasenta: kadang-kadang plasenta ini turun ke bawah dan dapat teraba pada pemeriksaan dalam.

(Sulistyawati, 2012:163-172)

## **K. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil**

### **1. Nutrisi**

Nutrisi trimester III nafsu makan sangat baik, tetapi jangan berlebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap harus dikonsumsi. Selain itu kurangi makanan terlalu manis dan terlalu asin (garam, ikan, asin, tauco, kecap asin), karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan. Jadwal makan bagi ibu hamil sebaiknya teratur 3 kali sehari akan tetapi apabila ibu tidak bisa makan dalam porsi besar 3 kali sehari dapat diganti dengan 6 kali sehari porsi kecil (Marmi, 2011:118).

Menurut Saifuddin (2009:286), nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan antara lain:

a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat mengakibatkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan oedema.

c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi perkembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

## d) Zat besi

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 60 mg/hari, terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian zat besi per minggu cukup adekuat. Zat besi yang diberikan dapat berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

## e) Vitamin A

Untuk membantu proses pertumbuhan sel dan jaringan tulang, mata, rambut, organ dalam dan fungsi rahim (Kamariyah, 2014:69). Kebutuhannya 200 RE (retinol ekivalen) per hari (Hutahaean, 2013:60).

## f) Vitamin D

Untuk mencegah hipokalsemia karena vitamin D dapat membantu penyerapan kalsium dan fosfor yang berguna untuk mineralisasi tulang dan gigi (Hutahaean,



2013:60). Ibu hamil membutuhkan 400 IU vitamin D (Kamariyah, 2014:69).

g) Vitamin E

Vitamin E berfungsi sebagai pertumbuhan sel, jaringan, dan integrasi sel darah merah (Hutahaean, 2013:60). Ibu hamil membutuhkan 15 mg (22,5 IU) (Kamariyah, 2014:69).

h) Vitamin C

Untuk meningkatkan absorpsi zat besi dari suplemen zat besi. Ibu hamil membutuhkan 250 mg vitamin C per hari (Varney et al, 2007:547).

i) Vitamin B6

Vitamin B6 penting untuk pembuatan asam amino dalam tubuh (Hutahaean, 2013:60). Ibu hamil membutuhkan 2,2 mg vitamin B6 per hari (Kamariyah, 2014:70).

j) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Kekurangan asam folat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Kamariyah, 2014:70).

Tabel 2.4  
Kebutuhan gizi pada ibu hamil

Zat gizi	Satuan	Kebutuhan
Energi	Kal	2485
Protein	Gr	60
Vitamin A	RE	700
Vitamin D	Ug	15
Vitamin E	Mg	18
Vitamin K	Mg	130
Thiamin	Mg	1,2
Riboflavin	Mg	1,4
Niacin	Mg	9,1
Vitamin B12	Mg	1,3
Asam folat	Ug	300
Piridoksin	Mg	3,8
Vitamin C	Mg	70
Kalsium	Mg	900
Fosfor	Mg	650
Zat besi	Mg	46
Seng	Mg	20
Yodium	Ug	175
Selenium	Ug	70

Sumber: Marmi, 2013:207-208

## 2. Olahraga ringan

Olahraga saat hamil merupakan masalah kontroversi yang perlu dipertimbangkan terutama bagi mereka yang memiliki riwayat persalinan sulit, keguguran dan infertilitas. Aktivitas yang dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Manuaba, 2010:121).

## 3. Istirahat dan tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan

kesehatan jasmani dan rohani untuk perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2010: 122).

#### 4. Kebersihan tubuh

Perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel pada kulit meningkatkan kelembapan kulit dan kemungkinan menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme. Bagian tubuh lain sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran sekret vagina yang berlebihan. Selain dengan mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal dua kali sehari sangat dianjurkan (Sulistyawati, 2011:118).

#### 5. Pakaian hamil

Pakaian harus longgar terbuat dari katun sehingga menyerap keringat, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah leher dan perut:

- 1) Stocking tungkai tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi.
- 2) Pakailah BH yang menyokong payudara dan harus memiliki tali yang besar sehingga tidak terasa sakit pada bahu.
- 3) Memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi.

4) Pakaian dalam harus selalu bersih (Pantikawati dkk, 2010:92).

#### 6. Oksigen

Pada dasarnya kebutuhan oksigen setiap manusia sama yaitu udara yang bersih, tidak kotor, tidak bau. Pada prinsipnya hindari ruangan atau tempat yang dipenuhi polusi udara (terminal, ruangan yang sering dipergunakan untuk merokok) (Pantikawati dkk, 2010:89).

#### 7. Hubungan seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan seperti biasa kecuali jika terjadi perdarahan atau keluar cairan dari kemaluan, maka harus dihentikan. Jika ada riwayat abortus sebelumnya, koitus ditunda sampai usia kehamilan diatas 6 minggu, dimana diharapkan plasenta sudah terbentuk, dengan implantasi dan fungsi yang baik. Beberapa kepustakaan menganjurkan agar koitus mulai dihentikan pada 3-4 minggu terakhir menjelang perkiraan tanggal persalinan. Hindari trauma berlebihan pada daerah serviks atau uterus. Pada keadaan seperti ini kontraksi atau tanda-tanda persalinan awal, keluar cairan pervaginam, keputihan, ketuban pecah, perdarahan pervaginam, abortus iminens atau aborus habitualis, kehamilan kembar dan penyakit menular sebaiknya koitus jangan dilakukan (Dewi, 2011:125).



## 8. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyalit tetanus. Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu, maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Sulistyawati, 2012:120).

Tabel 2.5

Jadwal pemberian tetanus toksoid

Imunisasi	Interval	Perlindungan
TT I	Kunjungan awal	-
TT II	4 minggu setelah TT I	3 tahun
TT III	6 bulan setelah TT II	5 tahun
TT IV	1 tahun setelah TT III	10 tahun
TT V	1 tahun setelah TT IV	25 tahun - seumur hidup

Sumber: Sunarsih, 2011:124

## 9. Senam hamil

Senam hamil merupakan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan (*prenatal care*). Senam hamil akan memberikan suatu hasil produk kehamilan *outcome* persalinan yang lebih baik, dibandingkan ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil. Kegunaan senam hamil

didalam *prenatal care* dilaporkan akan menaikkan dan mengurangi terjadinya berat badan bayi lahir rendah, serta mengurangi terjadinya persalinan premature. Secara keseluruhan senam hamil akan berdampak sebagai suatu kenaikan kesehatan wanita hamil itu sendiri menjadi lebih baik (Sunarsih, 2011:129).

#### 10. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong.

Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada TM I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada TM III terjadi pembesaran janin yang juga

menyebabkan desakan pada kantong kemih (Sulistiyawati, 2012:119).

#### 11. Traveling

Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan yang cenderung lama, jauh, dan melelahkan karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan serta mengakibatkan gangguan sirkulasi dan oedema kaki karena lama tidak aktif bergerak. Apabila ibu bepergian menggunakan mobil pribadi dianjurkan berhenti setiap jam untuk meregangkan badan dan jalan-jalan agar sirkulasi darah lancar, dan gunakan sabuk pengaman. Apabila bepergian dengan pesawat terbang, terdapat beberapa resiko, yaitu:

- a) Bising dan getaran
- b) Dehidrasi, karena kelembaban udara rendah
- c) Turunnya oksigen karena perubahan tekanan udara
- d) Radiasi kosmik pada ketinggian 30.000 kaki

Ibu hamil tidak dianjurkan melakukan perjalanan ketika:

- a) Pada awal kehamilan
- b) Pada bulan terakhir kehamilan
- c) Pre-eklamsi dan eklamsi

(Hutari, 2012:189)

## 12. Mobilisasi, Body Mekanik

Berubahnya system muskuloskeletal menyebabkan perubahan postur tubuh menjadi lordosis. Mobilisasi dan body mekanik diperlukan untuk mencegah keretakan dan memperlancar sirkulasi darah. Ibu dapat melakukan gerakan badan dengan cara duduk, berbaring, berdiri, dan jalan-jalan pagi. Selain itu ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

- a) Melakukan senam hamil agar otot tidak kaku
- b) Tidak dianjurkan melakukan gerakan tiba-tiba/spontan
- c) Tidak dianjurkan mengangkat beban berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat beban atau benda
- d) Apabila bangun tidur, miring terlebih dahulu kemudian bangkit dari tempat tidur

(Hutari, 2012:189)

## 13. Obat-obatan

Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam pemberian



terapi, dokter biasanya akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra dengan kehamilan (Sulistiyawati, 202:110).

#### 14. Perawatan payudara

Merawat payudara selama hamil adalah suatu hal penting yang harus diperhatikan sebagai persiapan untuk menyusui nantinya. Perawatan payudara adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar. Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara waktu hamil dengan tujuan untuk mempersiapkan laktasi pada waktu postpartum (Kumlasari, 2015:68). Untuk memulai perawatan payudara pada kehamilan sebaiknya dilakukan pada saat umur kehamilan di atas enam bulan atau sudah memasuki trimester ketiga. Jika melakukan perawatan payudara pada kehamilan muda akan menyebabkan kontraksi pada rahim yang akan membahayakan bagi ibu dan janin. Perawatan pada payudara dilakukan karena memiliki beberapa manfaat diantaranya adalah sebagai berikut:

- a) Menjaga kebersihan payudara terutama kebersihan putting susu

- b) Melenturkan dan menguatkan putting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusui
- c) Merangsang kelenjar-kelenjar air susu sehingga produksi ASI banyak dan lancer
- d) Dapat sesegera mungkin mendeteksi kelainan-kelainan payudara secara dini dan melakukan upaya untuk mengatasinya

- e) Mempersiapkan mental (psikis) ibu untuk menyusui

Bila seorang ibu hamil tidak melakukan perawatan payudara sedini mungkin dan hanya melakukan perawatan menjelang melahirkan atau setelah melahirkan maka sering dijumpai kasus-kasus yang akan merugikan ibu dan bayi, diantaranya sebagai berikut:

- a) ASI tidak keluar
- b) Putting susu tidak menonjol sehingga bayi kesulitan menghisap
- c) Produksi ASI sedikit sehingga tidak cukup dikonsumsi bayi
- d) Infeksi pada payudara, payudara bengkak, atau bernanah
- e) Muncul benjolan di payudara

(Kumalasari, 2015:69)

## L. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil menurut Kusmiyati (2008:137-141)

### 1. Dukungan keluarga

Kehamilan melibatkan seluruh anggota keluarga, karena konsepsi merupakan awal, bukan saja bagi janin yang sedang berkembang tetapi juga bagi keluarganya, yakni dengan hadirnya seorang anggota keluarga baru dan terjadinya perubahan hubungan dalam keluarga, maka setiap anggota keluarga harus beradaptasi terhadap kehamilan dan menginterpretasikanya berdasarkan kebutuhan masing-masing.

### 2. Dukungan tenaga kesehatan

Peran tenaga kesehatan dalam perubahan dan adaptasi psikologi adalah dengan memberi support atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan bahwa klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakanya adalah sesuatu yang normal. Tenaga kesehatan harus bekerja sama dan membangun hubungan yang baik dengan klien agar terjalin hubungan yang terbuka antara petugas kesehatan dengan klien.

### 3. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama ia hamil, kebutuhan pertama ialah menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai. Kebutuhan kedua adalah ia merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak dan mengasimilasi bayi tersebut kedalam keluarga.

### 4. Persiapan menjadi orang tua

Menjadi orang tua merupakan proses yang terdiri dari dua komponen, komponen pertama bersifat praktis atau mekanis, melibatkan ketrampilan kognitif dan motorik, komponen kedua berifat emosional, melibatkan ketrampilan afektif dan kognitif. Kedua komponen ini penting untuk perkembangan dan keberadaan bayi.

### **M. Kunjungan ANC**

Kunjungan Antenatal Care adalah kunjungan ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya yang terdiri dari dua kunjungan yaitu kunjungan awal dan kunjungan ulang. Untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan kunjungan antenatal yang berkualitas minimal 4 kali; 1 kali kunjungan selama TM I, 1 kali kunjungan selama TM II, dan 2 kali kunjungan selama TM III (Kumalasari, 2015:9). Pelayanan Antenatal Terintegrasi yang meliputi timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur



LILA), menentukan presentasi janin dan DJJ, skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi TT, beri tablet zat besi, periksa laboratorium rutin dan khusus, tata laksana/penanganan kasus, temu wicara (konseling) meliputi; kesehatan ibu, PHBS, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah Epidemik meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan *Tuberculosis* di daerah epidemik rendah, Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif, KB pasca persalinan, Imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensi pada kehamilan (Kemenkes RI, 2015:8).

#### **N. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil**

##### **1. Mual Muntah**

Mual dan muntah biasanya dirasakan pada kehamilan dini. Disebabkan oleh respon terhadap hormone dan merupakan pengaruh Fisiologis. Untuk penatalaksanaan kesusu bisa dengan diet, namun jika *Domitus Uterus* terjadi maka obat-obat antimrtik dapat diberikan. Untuk usahanya berikan nasihat tentang gizi, makan sedikit tapi sering, makan makanan padat bangkit dan berbaring, segera melaporkannya

jika gejala vomitus menetap atau bertambah parah, serta mengingatkan pasien bahwa obat antivomit dapat membuatnya mengantuk.

## 2. Pusing/ Sakit Kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang, dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu kadang disertai penglihatan yang kabur dan berbayang yang merupakan gejala dari pre-eklamsia.

## 3. Sekret Berlebihan

Merupakan hal yang fisiologis (karena pengaruh estrogen), atau karena kandidiasis (sering), glikosuria, infeksi, trikomonas, gonore. Mencoba untuk menentramkan perasaan pasien dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi, (atau mengobatinya). Beri nasihat dengan menjelaskan bahwa peningkatan secret vagina merupakan kejadian fisiologis, anjurkan untuk memperhatikan *hygiene* dengan gunakan celana dalam yang terbuat dari bahan katun tipis atau menghindari celana jeans yang ketat dan pakaian dalam yang sintetik yang akan meningkatkan kelembaban serta iritasi kulit, jangan menggunakan sabun dan basuh dari depan

kebelakang serta keringkan dengan handuk atau tisu bersih serta penanganan pruritus.

#### 4. Sering Buang Air Kecil

Buang air kecil yang sering ini dirasakan saat kehamilan dini, kemudian kehamilan lanjut. Disebabkan karena progesterone dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim atau kepala janin yang turun ke rongga panggul. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi. Berikan nasihat untuk mengurangi minum setelah makan atau minimal 2 jam sebelum tidur, menghindari minum-minuman yang mengandung kafein, jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas per hari) perbanyak di siang hari, dan lakukan senam kegel.

#### 5. Pegal-pegal

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut. Disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan berat badan yang dibawa dalam rahim. Yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan kemungkinan penyebab yang serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia, dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan

bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda berat, memberitahukan cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan menggunakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditaruh papan jika di perlukan).

#### 6. Kaki Bengkak

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Yang harus dilakukan adalah dengan segera berkonsultasi dengan dokter jika bengkak yang dialami pada kelopak mata, wajah dan jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan mata kabur (tanda pre-eklamsia). Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki ketika duduk, memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan.

#### 7. Nyeri Perut Bawah

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut. disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan beban berat badan yang dibawa dalam rahim. yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan penyebab serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh



(jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda berat, memberitahu cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan untuk mengenakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditaruh papan jika diperlukan).

#### 8. Konstipasi

Konstipasi terjadi pada bulan-bulan terakhir dan disebabkan karena progesterone dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau juga bisa dikarenakan efek dari tablet zat besi. Penatalaksanaan khusus yaitu diet kadang-kadang dapat diberi pencahar ringan (dengan resep dokter). Asuhan yang diberikan yaitu dengan nasihat makanan tinggi serat, buah dan sayur, eksta cairan, hindari makanan berminyak, dan anjurkan olahraga tanpa dipaksa.

(Rahayu, 2017:28-32)

### 2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

#### A. Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi baru lahir spontan dalam presentasi

belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi dalam kondisi sehat (WHO 2010 dalam Mika Oktarina 2016:2).

Persalinan adalah Proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Ika, 2014:1).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney et al, 2007:672).

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

1. Persalinan spontan

Persalinan dikatakan spontan yaitu jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

2. Persalinan buatan

Persalinan buatan yaitu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.

### 3. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan rangsangan misalnya pitocin dan prostaglandin (Prawirohardjo, 2012:89).

Berdasarkan umur kehamilan dan berat janin yang dilahirkan persalinan dibedakan sebagai berikut:

1. Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi dengan kehamilan kurang dari 22 minggu dan BB kurang dari 500 gram.
2. Imatur adalah partus dengan umur kehamilan 22-28 minggu dan BB 500-1000 gram.
3. Prematur adalah partus dengan umur kehamilan 28-37 minggu dan BB 1000-2500 gram.
4. Aterm adalah partus dengan umur kehamilan 37-40 minggu dan BB 2500 gram atau lebih.
5. Posterm/serotinus adalah partus dengan umur kehamilan > 42 minggu.

(Prawirohardjo, 2012:90)

### **B. Teori-Teori Penyebab Persalinan**

#### 1. Teori penurunan kadar hormon progesterone

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion (Mika Oktarina, 2016:3).

## 2. Teori rangsangan esterogen

Esterogen menyebabkan iritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium) (Mika Oktarina, 2016:3).

## 3. Teori reseptor oksitosin dan kontraksi braxton hiks

Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis parst posterior. Disitribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri (Mika Oktarina, 2016:3).

## 4. Teori keregangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter (Mika Oktarina, 2016:3).

## 5. Teori fetal membrane

Meningkatnya hormon estrogen menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid, arachnoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang menyebabkan kontraksi myometrium (Mika Oktarina, 2016:3).

## 6. Teori plasenta sudah tua

Pada umur kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada placenta menurun segera terjadi degenerasi



trofoblast maka akan terjadi penurunan produksi hormone (Mika Oktarina, 2016:3).

#### 7. Teori tekanan serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (segmen atas rahim ) dan SBR (segmen bawah rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi (Mika Oktarina, 2016:3).

### C. Tanda dan Gejala Persalinan

#### 1. Tanda Permulaan Persalinan

##### a) Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP. Pada multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan (Robani, 2011:19).

##### b) Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

##### c) Perasaan sakit di perut oleh adanya kontraksi.

##### d) Serviks menjadi lebih lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bercampur darah atau disebut *bloody show* (Rukiyah, dkk, 2012:18).

## 2. Tanda Masuknya Persalinan

### a) Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba yang menimbulkan pembukaan serviks. Karakter dari his persalinan ini adalah pinggang yang terasa sakit sampai menjalar ke depan, selain itu sifat his teratur yaitu interval his semakin pendek, kuat dan semakin besar. Terjadinya pembukaan pada serviks, jika pasien menambah aktivitasnya misalnya dengan berjalan-jalan atau jongkok maka kekuatan his akan bertambah (Sulistyawati, 2010:6).

### b) Pengeluaran lendir dan darah

Dengan adanya his persalinan maka akan terjadi perubahan pada serviks yang dapat menimbulkan pendataran dan pembukaan serviks. Pembukaan ini menyebabkan selaput lender yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas, sehingga terjadilah perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (Sulistyawati, 2010:6).

### c) Pengeluaran cairan

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan akan berlangsung dalam waktu 24 jam. Namun jika tidak tercapai, maka

persalinan akhirnya akan diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vacuum atau section caesaria (Sulistyawati, 2010:7).

#### **D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan**

##### 1. Faktor Power

Power adalah kekuatan dimana kekuatan tersebut meliputi: his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

##### a) His (Kontraksi Uterus)

Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

##### b) Tenaga mengejan/meneran.

c) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his.

d) Saat kepala sampai dasar panggul, timbul refleks yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah (Damayanti, 2014:78).

##### 2. Faktor Passanger

Passanger atau bisa disebut janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat dari interaksi beberapa factor, yaitu: ukuran kepala janin, presentasi janin, letak janin, sikap

dan posisi janin. Plasenta juga dianggap sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin karena plasenta juga harus melewati jalan lahir. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah, 2009:34). Bidang-bidang Hodge dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang Hodge tersebut antara lain:

- a) Hodge I: bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
- b) Hodge II: bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah symphysis.
- c) Hodge III: bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi *spina ischiadika*.
- d) Hodge IV: bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi tulang koksigis.

(Sulistyawati, 2010:176)

### 3. Faktor Passage (Jalan Lahir)

- a) Janin

Passenger pertama yang mempengaruhi jalannya persalinan karena besar dan posisinya. Kelainan-kelainan yang sering menjadi faktor penghambat dari passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala janin seperti hidrosefalus dan anensefalus, kelainan letak seperti letak



muka ataupun letak dahi, serta kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang ataupun letak sungsang (Jenny, 2013:154).

b) Moulage (molase)

Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antar bagian tulang (*overlapping*) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran. Proses ini disebut molase (Sulistyawati, 2010:177).

4. Psikologis Ibu

Dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikologis ibu, ini berpengaruh pada kelancaran proses persalinan ibu. Sebagai contoh pasien bersalin yang didampingi suami dan keluarga yang dicintainya akan mengalami proses persalinan yang lebih lancar jika dibandingkan dengan pasien yang tidak didampingi oleh suami dan keluarganya (Asrianah, 2010:40).

5. Penolong

Kompetensi dan pengetahuan penolong sangat bermanfaat dalam proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Selain itu, penolong juga tidak diharapkan malpraktek atau tidak sesuai dengan aturan dalam memberikan asuhan kepada ibu bersalin (Asrianah, 2010:40).

## E. Proses Persalinan

### 1. Tahapan persalinan

#### a) Kala 1

Disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak terlalu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

##### 1) Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

2) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi pembukaan menjadi lambat sekali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

3) Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

Pada primigravida kala 1 berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida berlangsung kira-kira 7 jam (Rohani dkk, 2011:23).

Tabel 2.6  
Diagnosa Kala dan Fase Persalinan

Gejala dan Tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Aktif
Serviks berdilatasi 4-9 cm a. Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam b. Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm) a. Penurunan kepala berlanjut b. Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (Nonepilsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) a. Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul b. Ibu meneran	II	Aktif (Ekspulsif)

Sumber: Sulistyawati, 2009:198

#### b) Kala II

Pada kala II, kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, dan intensitas semakin lama semakin kuat. Kepala janin biasanya pada tahap ini sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada HIS dirasakan adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa ingin meneran (Ari Sulistyawati, 2010:7).

Pada umumnya, kala dua yang lebih lama dari 2 jam untuk primigravida atau 1 jam untuk multipara dianggap

normal. Namun, telah ada pernyataan bahwa batas 2 jam tidak mengindikasikan perlunya pelahiran bayi dengan forcep atau vakum ekstraktor sepanjang terdapat penurunan dan tidak ada gawat janin (Varney et al, 2008:751).

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) amati tanda gejala kala II (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal, 2015)

1) Mengenali tanda gejala dan gejala kala II

R/ Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

(a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

(b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus

(c) Perineum menonjol

(d) Vulva dan sfingter ani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.



(a) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk persiapan jika bayi mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

3) Menggelar kain diatas perut pasien dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.

4) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan spuit sekali pakai didalam set partus

R/ Perlengkapan dan bahan-bahan tersedia dan berfungsi dengan baik termasuk perlengkapan untuk menolong persalinan, menjahit laserasi atau luka episiotomi dan resusitasi bayi baru lahir.

5) Pakai celemek plastik.

R/ Pelindung diri merupakan penghalang atau barier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit.

6) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Mencegah mikroorganisme berpindah dari satu individu ke individu lainnya (ibu, bayi baru lahir dan para penolong persalinan).

- 7) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R/ Melindungi petugas dari percikan yang dapat mengkontaminasi dan menyebarkan penyakit.

- 8) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

R/ Memudahkan saat menolong persalinan.

- 9) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

(a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

(b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% → langkah 9).

R/ Upaya pencegahan infeksi.

10) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

R/ Tanda pasti pembukaan lengkap adalah pembukaan serviks yang lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

11) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

12) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x/menit.

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

(b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.

R/ Memantau keadaan janin.

13) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

(a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

(b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

R/ Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

14) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah



duduk atau posisi lain yang diingimkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/ Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

15) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

(a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.

(b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

(c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).

(d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.

(e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

(f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).

(g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

(h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran

(multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit untuk bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta.

16) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

R/ Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik.

17) Letakkan handuk bersih (untuk mngeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

R/ Handuk bersih digunakan untuk mengeringkan bayi.

18) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

R/ Untuk mengeringkan bayi saat lahir.

- 19) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

R/ Untuk memastikan kelengkapan alat sehingga memudahkan penolong dalam membantu proses persalinan

- 20) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

- 21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

R/ Mencegah ruptur perineum

- 22) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika haln itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

- (a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

R/ Tali pusat terkemuka (diketahui saat ketuban masih utuh) dan tali pusat menumbung (ketuban sudah pecah sama bahayanya dan mengancam kehidupan janin). Keadaan ini memerlukan penanganan segera.

23) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

R/ Tidak adanya putaran paksi luar dapat mengindikasikan adanya distosia bahu.

24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ Tarikan yang berlebihan pada kepala dapat mengakibatkan trauma pada pleksus brakhialis.

25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas



untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

- 26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

R/ Tangan bawah (posterior) digunakan untuk menyangga/ menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior.

- 27) Lakukan penilaian (selintas).

- (a) Apakah bayi menangis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?  
(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

R/ Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau mega-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

- 28) Keringkan tubuh bayi.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan

handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.

R/ Menghindari terjadinya hipotermi pada bayi.

29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

R/ Memastikan tidak ada janin yang kedua (kehamilan gemelli).

30) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ Wujud asuhan sayang ibu.

31) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

32) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit

kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

33) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

(a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

(c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

R/ Penjepitan tali pusat sedini mungkin akan mempercepat proses perubahan sirkulasi darah pada bayi baru lahir.

34) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi dikepala bayi.

(b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit kekulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

(c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit.

Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.

(d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

R/ Wujud asuhan sayang ibu dan upaya untuk meningkatkan *bonding attachment* antara bayi dan ibu.

c) Kala III

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

1) Fisiologi persalinan kala III

Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi: penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan plasenta menjadi semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat,



menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau kedalam vagina (Wiknjosastro, 2008:99-100).

Tanda-tanda lepasnya plasenta menurut Wiknjosastro (2008:100), tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup 3 hal dibawah ini:

(a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).

(b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva  
(Tanda *Ahfeld*)

(c) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi.

2) Manajemen aktif kala III:

- (a) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulasi

- (b) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

R/ Tangan bidan berada diatas perut pasien untuk mengetahui adanya kontraksi

- (c) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus. Mengeluarkan plasenta.

- 3) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar

lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

(1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

(2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

(5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

R/ Melakukan PTT akan memungkinkan bidan dapat melahirkan plasenta secara aman segera setelah plasenta terjadi. Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu

- 4) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

R/ Teknik ini dilakukan untuk mencegah robekan kulit ketuban

- 5) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

R/ Mencegah perdarahan yang berlebihan, dan merupakan diagnosis cepat dari atonia uteri

- 6) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.



R/ Sisa selaput ketuban atau bagian plasenta yang tertinggal didalam uterus akan menyebabkan perdarahan dan infeksi

- 7) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

(Wiknjosastro, 2008:100)

Cara pelepasan plasenta:

- 1) Metode ekspulsi Scultze

Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan terjadi setelah plasenta lahir (Widyatun, 2012:41).

- 2) Metode ekspulsi Maththew-Duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Bila lebih hal ini patologik. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera

berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap (Kaban, 2010:61).

Beberapa prasat untuk mengetahui apakah plasenta sudah terlepas atau belum:

(a) Prasat Kuthner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan daerah diatas simfisis. Bila tali pusat ini masuk kedalam vagina, itu tandanya plasenta belum lepas dari dinding uterus. Prasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi (Damayanti, 2014:39).

(b) Prasat Strassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Paula, 2013:124).

(c) Prasat Klein

Wanita tersebut disuruh mengejan. Tali pusat tampak turun kebawah. Bila pengejanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Rukiyah, 2009:25).

d) Kala IV

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Tingkat kesadaran pasien.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Perdarahan.

Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Ari Sulistyawati, 2010:9).

Penanganan pada kala IV :

- 1) Memeriksa fundus setiap 15 menit sekali pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua. Jika

kontraksi tidak kuat, massase terus sampai menjadi keras.

- 2) Memeriksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- 3) Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
- 4) Membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan dan kering.
- 5) Membiarkan ibu istirahat dan biarkan bayi pada dada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi dan inisiasi menyusu dini.
- 6) Memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.
- 7) Mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi (Saifuddin, 2008:100-121).

#### **F. Mekanisme Persalinan**

Mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap pelvis ibu. Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal, antara lain :



1. Jarak biparietal, merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai di dalam definisi penguncian (*engagement*).
2. Jarak suboksipito bregmatika, jarak antara batas leher dan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi kepala.
3. Jarak oksipitomental, merupakan diameter terbesar dari kepala janin, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan hal presentasi dahi (Prawirohardjo, 2008:255).

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin didasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

1. Penurunan kepala (*Descent*)

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien. Pada sinklitis, os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simfisis atau agak ke belakang mendekati promotorium, maka di katakan kepala dalam keadaan asinklitis, ada dua jenis asinklitis yaitu sebagai berikut:

- a) *Asinklitis posterior*; bila sutura sagitalis mendekati simfisis dan os. Parietal belakang lebih rendah dari os. Parietal depan.

b) *Asinklitismus anterior*; bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os.parietal belakang.

(Prawirohardjo, 2008:256)

## 2. Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparetal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien (Prawirohardjo, 2008:256).

## 3. Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal (Prawirohardjo, 2008:256).

## 4. Putaran paksi dalam

Yang dimaksud putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphisis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk

menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan turunnya kepala dan tidak terjadi sebelum sampai Hodge III.

Penyebab putaran paksi dalam:

- a) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
  - b) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas diaman terdapat hiatus genitalis, m. levator ani kiri dan kanan.
  - c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior (Marmi, 2011:188).
5. Lahirnya kepala dengan cara ekstensi

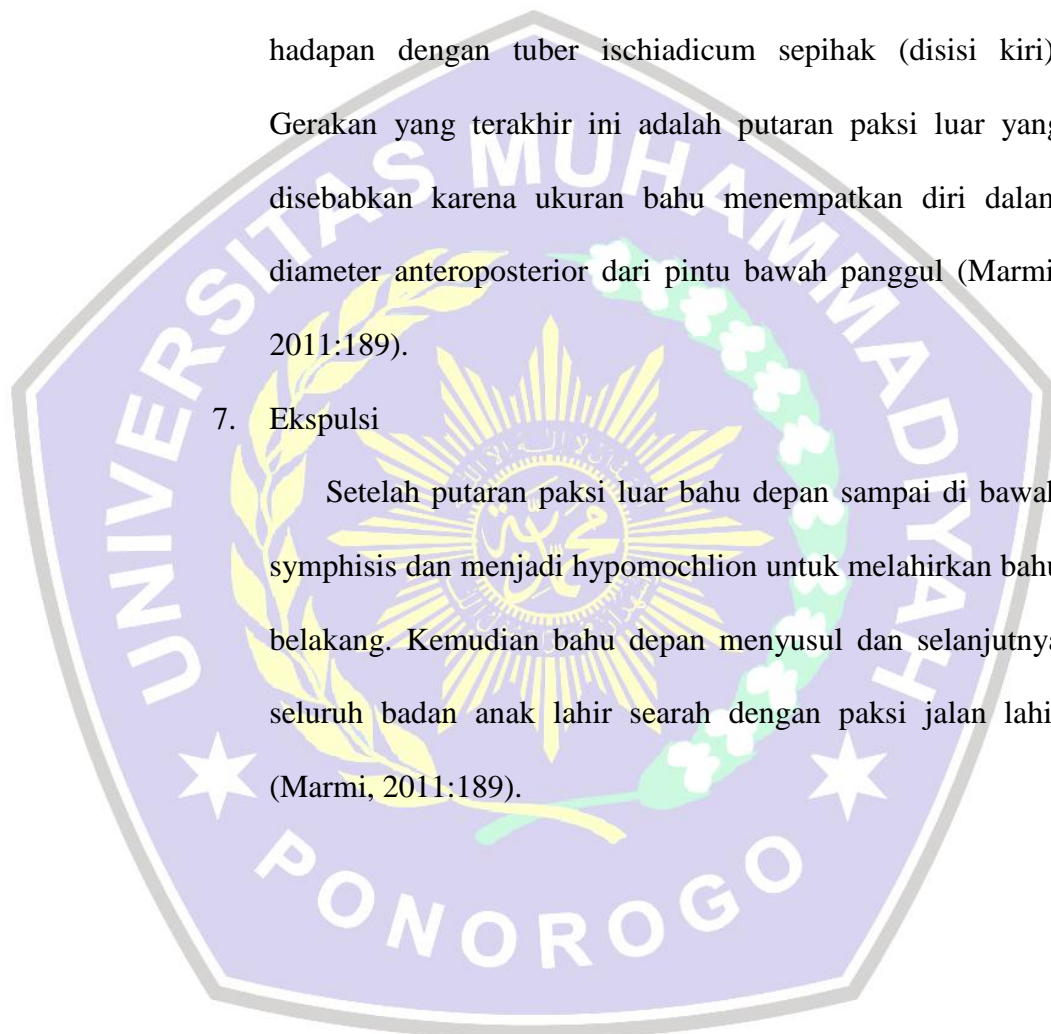
Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala keatas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang dibawah oksiput akan bergeser kebawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (hipomoklion). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan dikepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva – vagina membuka lebar (Sulistyawati, 2010:10).

#### 6. Putaran paksi luar

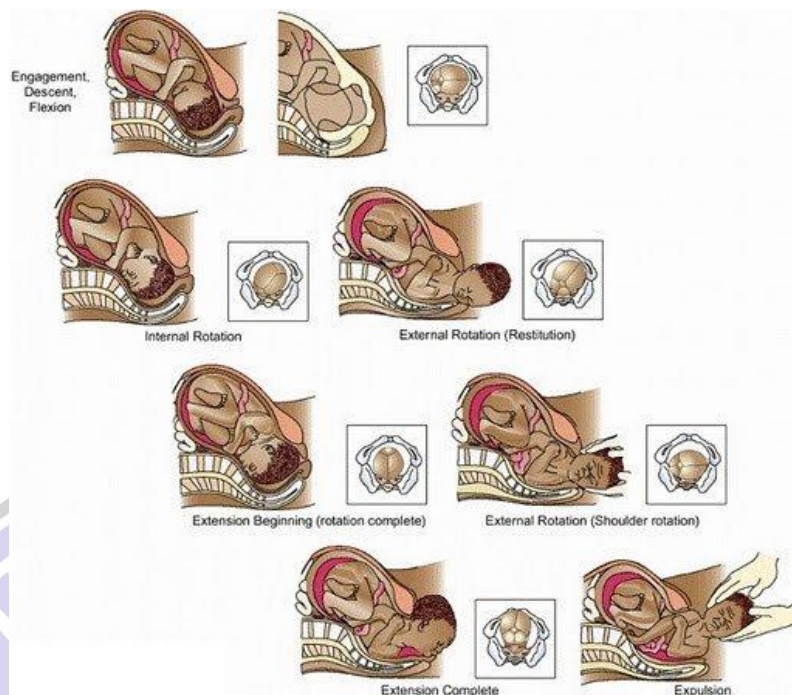
Setelah kepala lahir maka kepala akan memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak (disisi kiri). Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul (Marmi, 2011:189).

#### 7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Marmi, 2011:189).







Gambar 2.5  
Mekanisme Persalinan  
Sumber: (Prawirohardjo.2010:255)

### G. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut Sulistyawati (2010:41-46), ada lima kebutuhan wanita bersalin yang dijelaskan sebagai berikut:

#### 1. Asuhan Tubuh Dan fisik

Asuhan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

- a) Menjaga kebersihan diri
- b) Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAB/BAK dan menjaganya agar tetap bersih dan kering.
- c) Mandi di bak/shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai dan merasa sehat.
- d) Berendam

Beberapa wanita memilih untuk menggunakan kolam hanya untuk berendam pada kala I dan beberapa wanita memilih untuk melahirkan didalam air. Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan paling menenangkan. Diperlukan bak yang cukup dalam agar air dapat menutupi abdomen ibu. Hal ini merupakan suatu bentuk hidro terapi dan kegembiraan yang akan meredakan dan membantu kontraksi pada ibu bersalin.

e) Perawatan mulut

Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya nafasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan kering terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral atau tanpa perawatan mulut. Hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang lain.

f) Pengipasan

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya banyak mengeluarkan keringat bahkan pada ruang persalinan dengan kontrol suhu terbaik pun mereka akan mengeluh berkeringat pada waktu tertentu. Oleh karena itu gunakan kipas angin, atau bisa juga dengan kertas yang dapat digunakan sebagai pengganti kipas.

## 2. Nutrisi

Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu, anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan keluarga selalu menawarkan makanan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan. Namun ibu disarankan untuk tidak mengonsumsi makanan yang bisa menimbulkan bau seperti jengkol dan petai.

### a) Makanan yang dianjurkan :

- 1) Roti atau roti panggang (rendah serat) yang rendah lemak baik diberi selai ataupun madu.
- 2) Sarapan sereal rendah serat.
- 3) Nasi tim.
- 4) Biskuit.
- 5) Yogurt rendah lemak.
- 6) Buah segar.

### b) Minuman yang dianjurkan:

- 1) Minuman yogurt rendah lemak.
- 2) Jus buah-buahan.
- 3) Kaldu jernih.

4) Air mineral.

5) Cairan isotonic.

### 3. Persoanal Hygiene

Ibu sangat disarankan untuk menjaga kebersihan diri menjelang persalinan, manfaatnya antara lain:

a) Dengan mandi dan membersihkan badan, ibu akan mengurangi kemungkinan adanya kuman yang masuk selama persalinan. Hal ini mengurangi terjadinya infeksi sesudah melahirkan.

b) Ibu akan merasa nyaman selama menjalani proses persalinan.

c) Bulu kemaluan tidak dicukur seluruhnya, hanya bagian yang dekat dengan anus yang akan dibersihkan, karena hal tersebut akan mempermudah penjahitan jika ibu ternyata di episiotomi.

### 4. Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sakrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensi urine maupun sering berkemih. Retensi urine terjadi apabila:

a) Tekanan pada pleksus sakrum menyebabkan terjadinya inhibisi impuls sehingga vesica uretra menjadi penuh tetapi tidak timbul rasa berkemih.



- b) Distensi yang menghambat saraf reseptor pada dinding vesica uretra.
- c) Tekanan oleh bagian terendah pada vesica uretra.
- d) Kurangnya privasi/postur yang kurang baik.
- e) Kurangnya kesadaran untuk berkemih, dan
- f) Anastesi regional, epidural, blok pudendal sehingga obat mempengaruhi saraf vesica uretra.

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi agar membantu kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk bereliminasi secara minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan katerisasi.

#### 5. Pendamping

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, anggota keluarga atau seseorang yang dipilih ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk ditemani seorang pendamping untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu. Adapun dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping yaitu mengusap keringat, menemani/membimbing ibu jalan-jalan, memberikan minum, mengubah posisi, memijat punggung, kaki atau kepala ibu, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa nyaman, membantu ibu bernafas pada saat kontraksi dan

mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memberikan pujian pada ibu.

## H. Perubahan Fisiologis Pada Persalinan

### 1. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney et al, 2008:686).

### 2. Metabolisme

Selama proses persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan cairan yang hilang (Varney et al, 2008:686).

### 3. Suhu

Selama persalinan suhu tubuh sedikit meningkat, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari

0,5-1°C, mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinaan (Varney et al, 2008:687).

#### 4. Denyut nadi (frekuensi jantung)

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dibandingkan frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Varney et al, 2008:687).

#### 5. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (Varney et al, 2008:687).

#### 6. Perubahan pada ginjal

Selama persalinan sering terjadi poliuria. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney et al, 2008:687).

#### 7. Perubahan pada saluran cerna

Motiliasi dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan (Varney et al, 2008:687-688).

#### 8. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg/100 mL selama proses persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Varney et al, 2008:688).



## I. Penyulit, Kelainan dan Komplikasi Masa Persalinan

### 1. Kelainan Presentasi Dan Posisi

#### a) Presentasi Bokong

Presentasi Bokong adalah letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas. Jenis presentasi bokong:

##### 1) Sempurna

Janin dalam posisi fleksi pada paha dan lutut.

##### 2) Murni

Janin dalam posisi fleksi pada paha dan ekstensi pada lutut, ini merupakan jenis yang tersering dan meliputi hampir dua pertiga dari presentasi bokong.

##### 3) Kaki

Satu atau dua kaki dengan ekstensi pada paha dan lutut, dan kaki merupakan bagian terendah.

##### 4) Lutut

Satu atau dua lutut dengan ekstensi pada paha, fleksi pada lutut, dan bagian terendahnya adalah lutut.

(Sulistyawati, 2010:138)

#### b) Presentasi Muka

Presentasi Muka adalah keadaan dimana kepala dalam kedudukan defleksi maksimal, sehingga oksiput tertekan pada punggung dan muka merupakan bagian terendah menghadap kebawah. Penyebab keadaan-keadaan yang

memaksa terjadi defleksi kepala atau keadaan yang menghalangi terjadinya fleksi kepala:

- 1) Sering ditemukan pada janin besar atau panggul sempit.
- 2) Multiparitas, perut gantung.
- 3) Anensefalus, tumor leher bagian depan.

(Sulistiyawati, 2010:134)

c) Posisi Oksiput Posterior Persisten

Pada persalinan presentasi belakang kepala, kepala janin turun melalui PAP dengan sutura sagitalis melintang/miring, sehingga ubun-ubun kecil dapat berada dikiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang/ kanan belakang. Dalam keadaan fleksi bagian kepala yang pertama mencapai dasar panggul adalah oksiput. Oksiput akan memutar kedepan karena dasar panggul dan mucus levator aninya membentuk ruangan yang lebih sesuai oksiput. Keadaan UUK dibelakang dianggap <10% UUK yang tidak berputar kedepan/ tetap dibelakang disebut oksiput posterior persisten. Penyebabnya adalah sebagai berikut:

- 1) Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter tranversal. Panggul antropoid.
- 2) Segmen depan menyempit, contoh: panggul android.

- 3) Otot-otot dasar panggul yang lembek pada multipara.
- 4) Kepala janin yang kecil dan bulat (Sulistyawati, 2010:141).

## 2. Distosia Karena Kelainan His

### a) Inersia Uteri Hipotonik

Inersia Uteri Hipotonik adalah kelainan his dengan kekuatan yang lemah/ tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Sering dijumpai pada penderita dengan kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang, misalnya: akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta pada penderita dengan keadaan emosi kurang baik. Inersia uteri primer terjadi pada permulaan fase laten. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat (kelemahan is yang timbul sejak dari permulaan persalinan), sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum. Inersia uteri sekunder terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada permulaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan (Sulistyawati, 2010:143).

b) Inersia Uteri Hipertonik

Inersia Uteri Hipertonik adalah kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar. Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini, antara lain: rangsangan pada uterus, misalnya: pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama disertai infeksi, dan sebagainya (Sulistyawati, 2010:143).

c) His Yang Tidak Terkoordinasi

Sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antara kontraksi dan bagian-bagiannya. Jadi kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, apalagi dalam pengeluaran janin. Pada bagian atas dapat terjadi kontraksi tetapi bagian tengah tidak, sehingga menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju (Sulistyawati, 2010:144).



### 3. Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan

#### a) Vulva

Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah oedema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma kauminta dan fistula.

#### b) Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah:

##### 1) Kelainan vagina

Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagina ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin pada partus kala II.

##### 2) Stenosis vagina congenital

Jarang terdapat, lebih sering ditemukan septum vagina yang memisahkan vagina secara lengkap atau tidak lengkap pada bagian kanan atau bagian kiri.

Septum lengkap biasanya tidak menimbulkan distosia karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar, baik untuk koitus maupun lahirnya janin. Septum tidak lengkap kadang-kadang

menahan turunnya kepala janin pada persalinan dan harus dipotong dahulu. Stenosis dapat terjadi karena parut-parut akibat perlukaan dan radang.

### 3) Tumor vagina

Dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam, adanya tumor vagina dapat juga menyebabkan persalinan pervaginam dianggap memiliki banyak resiko. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung secara pervaginam atau diselesaikan dengan section caesarea.

### 4) Kista vagina

Kista vagina berasal dari duktus gartner atau duktus muller, letak lateral dalam vagina bagian proksimal, ditengah, distal dibawah orifisum uretra eksternal.

### c) Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis karena disfunctional uterine action atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi.

(Sulistyawati, 2010:146)

#### 4. Distosia Karena Kelainan Janin

##### a) Bayi Besar (Makrosomia)

Makrosomia adalah bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4000 gram adalah 5,3% dan yang lebih dari 4500 gram adalah 0,4% (Sulistyaati, 2010:147).

##### b) Hidrosefalus

Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan tekanan intracranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml akan tetapi kadang-kadang dapat mencapai 5 liter. Pelebaran ventrikuler ini akibat ketidakseimbangan antara absorpsi dan produksi cairan serebrospinal. Hidrosefalus selalu bersifat sekunder, sebagai akibat dari penyakit atau kerusakan otak. Adanya kelainan-kelainan tersebut menyebabkan kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura dan ubun-ubun (Sulistyawati, 2010:147).

c) Anensefalus

Anensefalus adalah suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk. Anensefalus merupakan suatu kelainan tabung syaraf (suau kelainan yang terjadi pada awal perkembangan janin yang menyebabkan kerusakan pada jaringan pembentuk otak dan korda spinalis). Anensefalus terjadi jika tabung syaraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak diketahui. Penelitian menunjukkan kemungkinan anensefalus berhubungan dengan racun dilingkungan juga kadar asam folat yang rendah dalam darah. Anensefalus ditemukan pada 3,6-4,6 dari 10.000 bayi baru lahir (Sulistyawati, 2010:148).

d) Distosia Bahu

Distosia bahu ialah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet di atas simfisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul, sehingga bahu menjadi tidak dapat digerakkan (Sulistyawati, 2010:129).

e) Janin Kembar Siam

Kembar siam adalah keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal berpisah secara sempurna.



Kemunculan kasus kembar siam diperkirakan adalah satu dalam 200.000 kelahiran (Sulistyawati, 2010:130).

## 5. Distosia Karena Kelainan Jalan Lahir

### a) Kesempitan Pintu Atas Panggul (PAP)

Pintu atas panggul dinyatakan sempit apabila:

- 1) Diameter antero-posterior terpendek  $<10$  cm.
- 2) Diameter transversal terbesar  $<12$  cm.
- 3) Perkiraan diameter antero-posterior PAP dilakukan melalui pengukuran Conjugata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm, sehingga kesempitan PAP sering ditegakan bila ukuran conjugate diagonalis  $<11,5$  cm.

(Sulistyawati, 2010:155)

### b) Kesempitan Bidang Tengah Pelvis

Kesempitan bidang tengah panggul tidak dapat dinyatakan secara tegas seperti kesempitan PAP, namun kejadian ini lebih sering terjadi dibanding kesempitan PAP. Kejadian ini sering menyebabkan kejadian “deep transverse arrest” (letak malang melintang rendah) pada perjalanan persalinan dengan posisi occipitalis posterior (sebuah gangguan putar paksi dalam akibat kesempitan Bidang Tengah Panggul) (Sulistyawati, 2010:155).

c) Kesempitan Pintu Bawah Panggul (PBP)

PBP berbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberus) dan tidak terletak pada bidang yang sama. Berkurangnya diameter intertuberosa menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih kearah posterior dengan konsekuensi pada persalinan terjadi robekan perineum yang luas. Distosia akibat kesempitan Pintu Bawah Panggul saja jarang terjadi mengingat bahwa kesempitan PBP hampir selalu disertai dengan kesempitan Bidang Tengah Panggul (Sulistyawati, 2010:155).

6. Perdarahan Post Partum Primer

Perdarahan pasca persalinan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu:

- a) Atonia uteri
- b) Perlukaan jalan lahir
- c) Retensio plasenta
- d) Tertinggalnya sebagian plasenta di dalam uterus

e) Kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia

f) Penatalaksanaan kala III yang salah

(Sulistyawati, 2010:157)

#### 7. Atonia Uteri

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang), seperti:

- a) Regangan rahim berlebihan, seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
- b) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
- c) Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
- d) Partus lama/partus terlantar
- e) Malnutrisi

f) Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.

g) Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

(Sulistyawati, 2010:157)

#### 8. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

a) Plasenta adhesiva: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.

b) Plasenta akreta: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.

c) Plasenta inkreta: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium.

d) Plasenta perkreta: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.

e) Plasenta inkarserata: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

(Sulistyawati, 2010:158)



### 9. Emboli Air Ketuban

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur-unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental. Penyebabnya belum diketahui secara pasti. Yang merupakan factor risiko:

- a) Multipara
- b) Solusio plasenta
- c) IUFD
- d) Partus presipitatus
- e) Suction curettage
- f) Terminasi kehamilan

(Sulistyawati, 2010:158)

### 10. Robekan Jalan Lahir

Klasifikasi robekan jalan lahir adalah sebagai berikut:

- a) Robekan Perineum

Robekan Perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Penyebabnya adalah:

- 1) Kepala janin terlalu cepat lahir

- 2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3) Adanya jaringan parut pada perineum
- 4) Adanya distosia bahu

Klasifikasi:

- 1) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.
- 2) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum.
- 3) Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum dan sfingter ani eksterna
- 4) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.

(Sulistyawati, 2010:159)

b) Robekan Serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan

uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri (Sulistyawati, 2010:159).

c) Robekan Dinding Vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum (Sulistyawati, 2010:159).

11. Inversio Uteri

Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inversion jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Penyebabnya adalah:

- a) Grande multipara
- b) Atonia uteri
- c) Kelemahan alat kandungan
- d) Tekanan intraabdominal yang tinggi (batuk dan mengejan)
- e) Cara crade yang berlebihan
- f) Tarikan tali pusat
- g) Manual plasenta yang terlalu dipaksakan
- h) Retensio plasenta

(Sulistyawati, 2010:159)

## 12. Syok Obstetrik

Syok adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme. Penyebabnya adalah:

- a) Perdarahan
- b) Infeksi berat
- c) Solusio plasenta
- d) Inversio uteri
- e) Emboli air ketuban
- f) Komplikasi anestesi (Sulistyawati, 2010:160).

### **J. Partograf**

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan (Saifuddin, 2009:104). Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis bertidak sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010:157).

Untuk menggunakan partograf dengan benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut:



1. Denyut jantung janin. Batas normalnya antara 120-160 x/menit. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap  $\frac{1}{2}$  jam selama 1 menit (Manuaba, 2010:159).
2. Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, J selaput pecah dan air ketuban jernih, M air ketuban bercampur mekonium, D air ketuban bernoda darah (Saifuddin, 2009:104). Dan K bila air ketuban minimal atau kering (Manuaba, 2010:160).
3. Molase (penyusupan tulang kepala janin). Menurut Saifuddin (2010:319), penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Catat temuan setiap kali melakukan pemeriksaan dengan menggunakan lambang-lambang berikut:
  - a) 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.
  - b) 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
  - c) 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih bisa dipisahkan.
  - d) 3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

4. Pembukaan mulut rahim. Dinilai pada saat pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x) (Saifuddin, 2009:104).
5. Penurunan bagian terbawah janin. Dibagi menjadi 5 kategori dengan simbol 5/5 sampai 0/5. Simbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis, sedangkan simbol 0/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi diatas simfisis pubis. Beri tanda (o) pada garis yang sesuai (Saifuddin, 2010:320).
6. Jam dan waktu. Menurut Saifuddin (2010:320) dijelaskan bahwa dibagian bawah partograf, tertera kotak-kotak diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.
7. Kontraksi uterus. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:
  - a) Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
  - b) Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
  - c) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin, 2010:321).

8. Oksitosin. Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit (Saifuddin, 2010:104).
9. Obat-obatan lain dan cairan. Catat semua pemberian obat-obat tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai (Saifuddin, 2010:322).
10. Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh. Menurut Saifuddin (2010:322), angka disebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.
  - a) Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai.
  - b) Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
  - c) Catat teperatur tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.
11. Protein, aseton dan volume urine. Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009:104).

#### **K. Lima Benang Merah Dalam Asuhan Kebidanan**

Menurut Mika (2016:67), terdapat lima aspek dasar, atau lima benang merah yang penting dan saling berkaitan dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut

melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis.

Lima benang merah tersebut antara lain:

1. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang di butuhkan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

2. Asuhan Sayang Ibu Dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu merupakan asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip-prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa para ibu yang diperhatikan dan diberi dukungan selama proses persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik (Asuhan Persalinan Normal, 2008).



### 3. Pencegahan Infeksi

Penolong persalinan secara konsisten dan sistematis harus menggunakan praktik pencegahan infeksi seperti cuci tangan, penggunaan sarung tangan, menjaga sanitasi lingkungan yang sesuai bagi proses persalinan, kebutuhan bayi dan proses ulang peralatan bekas pakai.

#### a) Definisi

*Dekontaminasi* adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh atau benda asing (misalnya meja periksa) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh (Wiknjastro, 2014:25).

*Desinfeksi Tingkat Tinggi* (DTT) merupakan tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi (Wiknjastro, 2014:25).

*Sterilisasi* adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, benda, parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrument (Wiknjastro, 2014:25).

- 1) Rumus membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrasi berbentuk cair

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ Larutan konsentrat}}{\% \text{ larutan yang diinginkan}} - 1$$

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5,25% (misalkan BAYCLIN)

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{5,25\%}{0,5\%} - 1$$

Tambahkan 9 bagian (pembulatan kebawah dari 9,5) air kedalam 1 bagian larutan klorin konsentrat (5,25%).

Catatan : Air tidak perlu dimasak

(Wiknjastro, 2014:25)

- 2) Rumus membuat larutan klorin dari serbuk kering

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ Larutan yang diinginkan}}{\% \text{ konsentrat}} \times 1000$$

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk yang bisa melepaskan klorin seperti kalsium hipoklorida yang mengandung 35% klorin :

$$\text{Gram/liter} = \frac{0,5\%}{35\%} \times 1000 = 14,3 \text{ gram/liter}$$

Tambahkan 14 gram (pembulatan kebawah dari 14,3) serbuk kedalam 1 liter air mentah yang bersih (Wiknjastro, 2014:25).

b) Prinsip-Prinsip Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi (PI) yang efektif didasarkan pada prinsip-prinsip berikut:

- 1) Setiap orang (Ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat bersifat asimtomatik (tanda gejala).
- 2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- 3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan harus di proses secara benar.
- 4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan dan benda asing lainnya telah diproses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
- 5) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten (Wiknjosastro, 2014:26).

c) Tindakan-Tindakan Pencegahan Infeksi

1) Cuci tangan

Adalah prosedur paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya. Pakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah (kulit tak utuh, selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya).

2) Menggunakan teknik asepsis atau aseptik

Teknik aseptik membuat prosedur menjadi lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir, dan penolong persalinan. Teknik aseptik meliputi:

- (a) Penggunaan perlengkapan perlindungan pribadi.
- (b) Antiseptis
- (c) Menjaga tingkat sterilisasi atau DTT

3) Memakai alat bekas pakai

Tiga proses pokok yang direkomendasikan untuk proses peralatan dan benda-benda lain dalam upaya pencegahan infeksi antara lain :

- (a) Dekontaminasi
- (b) Cuci dan bilas
- (c) Desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi



#### 4) Menangani peralatan tajam dan aman

Luka termasuk benda tajam misalnya jarum, merupakan salah satu alur utama infeksi HIV dan Hepatitis B diantara para penolong persalinan. Oleh karena itu, perlu diperhatikan pedoman berikut:

- (a) Letakkan benda-benda tajam diatas baki steril atau desinfeksi tingkat tinggi atau dengan menggunakan “Daerah Aman” yang sudah ditentukan (daerah khusus untuk meletakkan dan mengambil peralatan tajam).
- (b) Hati-hati saat melakukan penjahitan agar terhindar dari luka tusuk secara tak sengaja.
- (c) Gunakan pemegang jarum dan pinset pada saat menjahit. Jangan pernah meraba ujung atau memegang jarum jahit dengan tangan.
- (d) Jangan menutup kembali, melengkungkan, mematahkan atau melepaskan jarum yang akan dibuang.
- (e) Buang benda-benda tajam dalam wadah tahan bocor dan segel dengan perekat jika sudah dua pertiga jam penuh. Jangan memindahkan benda-benda tajam yang sudah disegel tadi harus dibakar didalam insinerator.

- (f) Jika benda-benda tajam tidak bisa dibuang secara aman dengan cara insenerasi, bilas tiga kali dengan larutan klorin 0,5% (Dekontaminasi), tutup kembali menggunakan teknik satu tangan dan kemudian kuburkan.
- (g) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan (termasuk pengelolaan sampah secara benar).  
(Wiknjosastro, 2008:16-33).

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukannya pengobatan, seperti hepatitis dan HIV/AIDS (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

#### 4. Pencatatan

Catat semua hasil asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Apabila asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik

karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

#### 5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan yang memiliki sarana yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk penatalaksanaan kasus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir (Asuhan Persalinan Normal, 2008). Jika timbul masalah pada saat

persalinan dan rencana rujukan belum dibicarakan maka sering kali sulit untuk melakukan secara cepat. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) yaitu pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir di dampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk dibawa pasilitas rujukan.

A (Alat) yaitu bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan dan BBL bersama ibu ketempat rujukan.

K (Keluarga) beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu di rujuk.

S (Surat) berikan surat ke tempat rujukan. surat ini berisi identifikasi mengenai ibu dan BBL.

O (Obat) bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke pasilitas rujukan.

K (Kendaraan) siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu.

U (Uang) ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli keperluan lainnya.

Da (Darah) persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan (Mika, 2016:67).



### 2.1.3 Konsep Dasar Nifas

#### A. Pengertian Masa Nifas

Kala puerperium (nifas) yang berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya kembali organ kandungan pada keadaan yang normal (Manuaba, 2010:200).

Masa nifas atau puerperium dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas kira-kira berlangsung selama 6 minggu (Saifuddin, 2009:122).

#### B. Periode Masa Nifas

Menurut Mochtar (2015:115), masa nifas dibagi menjadi 3 periode yaitu:

1. Puerperium dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
3. Remote puerperium, adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

### C. Proses Dari Masa Nifas

#### 1. Pengecilan Rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan ke bentuk semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali ke posisi yang normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

## 2. Kekentalan Darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normal sebesar 11-12 gr%. Jika hemoglobinnya teralalu rendah. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca persalinan.

## 3. Proses Laktasi dan Menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon-hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Saleha, 2009:2-4).

## D. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

### 1. Perubahan Sistem Reproduksi

Menurut Pitriani (2014:62-70) selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut:

#### a) Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

##### 1) Iskemia Miometrium

Hal ini disebabkan oleh kintraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

##### 2) Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.

##### 3) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah mengendur



hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

#### 4) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 2.7  
Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan symphysis pusat	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas symphysis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2015: 213

#### b) Lochea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochea. Lochea adalah ekskresi cairan

rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea memiliki bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Pengeluaran lochea dapat dibagi menjadi lochea rubra, sanguilenta, serosa dan alba (Pitriani, dkk, 2014:62). Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 2.8  
Pengeluaran lochea

Lokia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Pitriani dkk, 2014: 62

### c) Vagina dan Perineum

Selama proses persalinaan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan dua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran

vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama (Heryani, 2010:30).

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Heryani, 2010:30).

d) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk (Heryani, 2010:30).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron

yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan , antara lain:

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.



### c) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

- 1) Pemberian diet/makanan yang mengandung serat.
- 2) Pemberian cairan yang cukup.
- 3) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- 4) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.
- 5) Bila usaha diatas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain (Saleha, 2009:60).

### 3. Perubahan Sistem Perkemihan

Kadang-kadang puerpurium mengalami sulit BAK karena spinter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus spinter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama

persalinan. Kadang-kadang odema dari trigonium menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine. Dilatasi ureter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari ke 2 dan ke 5, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan (Saleha, 2009:60).

#### 4. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligament-ligament, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalihan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligament, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu pasca persalihan (Saleha, 2009:60).

## 5. Perubahan Sistem Endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut (Saleha, 2009:60).

Hormon-hormon yang berperan dalam proses ini yaitu :

### a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga proses persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal (Saleha, 2009:61).

### b) Prolaktin

Menurunnya kadar esterogen menimbulkan terangsangnya kelenjar *pituitary* bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu.

Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar

bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi esterogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi dan menstruasi (Saleha, 2009:61).

c) Esterogen dan Progesteron

Selama masa hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat esterogen yang tinggi memperbesar hormon *antidiuretik* yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron memengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina (Saleha, 2009:61).

6. Perubahan Tanda-tanda Vital

a) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari  $37,2^{\circ}\text{C}$ . Setelah partus dapat naik kurang lebih  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi  $8^{\circ}\text{C}$ . Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Jika suhu lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$ , mungkin terjadi infeksi pada klien (Saleha, 2009:61).



b) Nadi dan Pernafasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardi. Bila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Saleha, 2009:61).

c) Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertai dalam ½ bulan tanpa pengobatan (Saleha, 2009:61). Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan postpartum. Sebaliknya jika tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya preeklamsi yang bisa timbul pada masa nifas (Suherni, 2009:83).

7. Sistem Hematologi dan Kardiovaskular

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama masa persalinan. Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel-sel darah

putih tersebut masih bisa naik lebih tinggi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, volume sel darah yang berubah-ubah (Saleha, 2009:84).

#### 8. Sistem Gastrotestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan namun asupan makanan juga akan mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang (Walyani, 2015:124).

#### E. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Setelah melahirkan, ibu mengalami perubahan fisik dan psikologis yang juga mengakibatkan adanya beberapa perubahan dari psikisnya. Ia mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menjalani proses eksplorasi dan asimilasi terhadap bayinya, berada dibawah tekanan untuk dapat menyerap pembelajaran yang diperlukan tentang apa yang harus diketahuinya dan

perawatan untuk bayinya, dan merasa tanggung jawab yang luar biasa sekarang untuk menjadi seorang “Ibu” (Ambarwati, 2008:57).

Dalam buku Vivian (2011:134), Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

1. Periode “Taking In”

- a) Periode ini terjadi sampai 1- 2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umunya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b) Ia mungkin akan mengulang-ngulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- d) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
- e) Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu.

2. Periode “Taking Hold”

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- b) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.

- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan pada tubuhnya
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misal menggendong, memandikan, memasang popok dan sebagainya.
- e) Pada masa ini ibu biasanya agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- f) Pada tahap ini bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- g) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara merawat bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena sangat sensitive.

### 3. Periode "Letting Go "

- a) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan keseharian yang diberikan oleh keluarga.
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan hak ibu, kebebasan, dan hubungan social terganggu.
- c) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.



Faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi menjadi masa orang tua pada saat post partum, antara lain:

1. Respon dan dukungan keluarga dan dukungan teman

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya karena ia belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ia masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu fantastis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yaitu peran sebagai seorang “Ibu”. Dengan respon positif dari lingkungan, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan yang sehat (Vivian, 2011:135).

2. Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal yang dialami oleh ibu saat melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ia akhirnya menjadi tahu bahwa begitu beratnya ia harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalamannya untuk lebih dewasa. Banyak kasus yang terjadi, setelah seorang ibu melahirkan anak yang pertama, ia akan bertekad untuk lebih

meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya (Vivian, 2011:135).

3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu

Walaupun kali ini adalah bukan lagi pengalaman yang pertama melahirkan bayinya, namun kebutuhan untuk mendapatkan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang baru melahirkan anak pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinan yang lalu (Vivian, 2011:135).

4. Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Vivian, 2011:135).

## F. Kunjungan Masa Nifas

1. Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu:
  - a) Pertama: 6 jam – 3 hari setelah melahirkan.
  - b) Kedua: hari ke 4 – 28 hari setelah melahirkan.
  - c) Ketiga hari ke 29 – 42 hari setelah melahirkan.
2. Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi:
  - a) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
  - b) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi
  - c) Pemeriksaan lochia dan perdarahan
  - d) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
  - e) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
  - f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
  - g) Pemberian Kapsul Vit. A
  - h) Pelayanan kontrasepsi Pasca Persalinan
  - i) Konseling
  - j) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi

k) Memberikan nasihat yaitu:

- 1) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
- 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
- 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
- 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
- 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
- 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- 7) Perawatan bayi yang benar.
- 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.
- 9) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- 10) Untuk konsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

(Kemenkes RI Buku KIA, 2015:13)



### G. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
2. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
3. Rasa nyeri pada perut bagian bawah atau punggung.
4. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, atau masalah penglihatan.
5. Pembengkakan pada wajah dan tangan demam, muntah, rasa sakit pada saat buang air seni, atau merasa tidak enak badan.
6. Payudara yang memerah, panas, atau sakit.
7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
8. Rasa sakit, warna merah, kelembutan atau pembengkakan pada kaki.
9. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus dirinya sendiri dan bayinya.
10. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah (Pitriani, 2014:14).

## H. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

### 1. Infeksi Nifas

Macam-macam infeksi nifas diantaranya:

#### a) Endometritis

Merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis infeksi yang terjadi pada masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui luka bekas insersio plasenta.

#### b) Peritonitis

Merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe.

#### c) Mastitis

Merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara. Dalam masa nifas dapat terjadi infeksi dan peradangan mammae, terutama pada primipara.

Berdasarkan tempat infeksi dibedakan menjadi:

- 1) Mastitis yang menyebabkan abses di bawah aerola mammae.
- 2) Mastitis di tengah-engah mammae yang menyebabkan abses di tempat tersebut.

- 3) Mastitis pada jaringan dibawah dorsal dari kelenjar-kelenjar yang menyebabkan abses antara mammae dan otot-otot dibawahnya.

Bendungan ASI adalah terkumpulnya ASI di dalam payudara akibat penyempitan duktus laktiferus atau kelenjar yang tidak dikosongkan dengan sempurna pada waktu menyusui bayi atau karena kelainan pada puting susu.

- d) Thrombophlebitis

Merupakan penjaralan infeksi melalui vena . Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme pathogen.

- e) Infeksi Luka Perineum

Merupakan infeksi yang terjadi akibat masuknya mikroorganisme ke dalam luka perineum. Luka perineum terjadi akibat episotomi atau rupture pada saat proses persalinan. Luka perineum yang mengalami infeksi akan terasa lebih nyeri, merah dan bengkak.

- f) Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum dibagi menjadi 2 tahap yaitu:

- 1) Post partum dini (*Early post partum*) atau disebut juga perdarahan post partum primer. Perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bersalin.
- 2) Post partum lanjut (*Late post partum*) atau disebut juga perdarahan post partum sekunder. Terjadi setelah 24 jam.
- 3) Pertama bayi lahir. Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya:
  - (a) Atonia Uteri, suatu keadaan dimana uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan.
  - (b) Retensio Plasenta, suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta dapat terjadi karena kontraksi uterus yang tidak adekuat selama proses persalinan sehingga plasenta tidak dapat lepas dari *implantasi* plasenta yang terlalu dalam pada dinding uterus.
  - (c) Inversio Uteri, suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri.
  - (d) Robekan Jalan Lahir, merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan.



Berdasarkan kedalaman dan luasnya laserasi, robekan jalan lahir dibagi menjadi 4 tingkat yaitu:

(1) Tingkat 1, robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina atau tanpa mengenai kulit perineum.

(2) Tingkat 2, robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perineum transversalis tapi tidak mengenai sfingter ani.

(3) Tingkat 3, robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani.

(4) Tingkat 4, robekan sampai ke mukosa rectum.

(e) Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus. Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadi perdarahan.

(Marmi, 2010:176)

## **I. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Masa Nifas**

### **1. Nutrisi dan cairan**

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan mengkonsumsi nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat

memengaruhi komposisi air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan (Saleha, 2009:71).

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan nutrisinya sebagai berikut:

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari post partum.
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI (Saleha, 2009:71).

## 2. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. *Early ambulation* tentu tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya (Saleha, 2009:72).

Keuntungan ambulasi dini antara lain:

- a) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- b) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- c) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan pada ibu mengenai cara merawat bayi.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis) (Sulistyawati, 2009:33).

### 3. Eliminasi

#### a) Buang air kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Apabila 8 jam postpartum ibu belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan katerisasi. Akan tetapi, jika ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menungg 8 jam untuk katerisasi (Saleha, 2009:73).

Sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (*retensio urine*) pada ibu postpartum yaitu:

- 1) Berkurangnya tekanan intra abdominal.
- 2) Otot-otot perut masih lemah.
- 3) Edema dan uretra.
- 4) Dinding kandung kemih kurang sensitive (Saleha, 2009:73).

b) Buang air besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Apabila pada hari ketiga ibu belum BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah) (Saleha, 2009:73).

c) Personal hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga (Saleha, 2009:73).

Menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum menyentuh alat kelamin, anjurkan ibu untuk tidak sering menyentuh luka episiotomy dan laserasi. Pada ibu *post section caesaria* (SC), luka tetap dijaga agar tetap bersih dan kering, tiap hari diganti balutan (Suherni, 2009:102).

4. Istirahat

Ibu postpartum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kepada ibu untuk



istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya (Ambarwati, 2010:112).

Kurang istirahat bagi ibu postpartum mengakibatkan beberapa kerugian misalnya:

- a) Dapat mengurangi jumlah ASI
- b) Dapat memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- c) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

Bidan harus menyampaikan kepada pasien dan keluarga bahwa untuk melakukan kegiatan rumah tangga kembali harus dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Selain itu pasien juga harus diingatkan untuk selalu tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang.

#### 5. Seksual

Aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6

minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Purwanti, 2009:512).

#### 6. Latihan/Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya dilakukan latihan masa nifas seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyakit postpartum.

Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang biasanya dialami oleh ibu nifas.

Contoh gerakan yang dapat dilakukan saat melakukan senam nifas antara lain:

a) Tidur terlentang, tangan disamping badan. Tekuk salah satu kaki, kemudian gerakkan keatas mendekati perut.

Lakukan sebanyak 15 kali secara bergantian untuk kaki kanan dan kiri. Kemudian rileks selama 10 hitungan.

b) Berbaring terlentang, tangan diatas perut, kedua kaki ditekuk. Kerutkan otot bokong dan perut bersamaan dengan mengangkat kepala, mata memandang keperut selama 5 kali hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali, rileks selama 10 hitungan.

- c) Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat bokong sambil mengerutkan otot anus selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali. Rileks selama 10 hitungan.
- d) Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat kaki kiri lurus keatas sambil menahan otot perut. Lakukan gerakan sebanyak 15 kali hitungan, bergantian dengan kaki kanan. Rileks selama 10 hitungan.
- e) Tidur terlentang, letakkan kedua tangan dibawah kepala, kemudian bangun tanpa merubah posisi kedua kaki (kaki tetap lurus). Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali hitungan. Rileks selama 10 hitungan sambil menarik nafas panjang lewat hidung keluarkan lewat mulut.
- f) Posisi badan nungging, perut dan paha membentuk sudut  $90^{\circ}$ . Gerakkan perut keatas sambil otot perut dan anus dikerutkan sekuat mungkin dan tahan selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali kemudian rileks selama 10 hitungan (Manuaba, 2010:123).

#### 2.1.4 Konsep Dasar Neonatus

##### A. Pengertian Neonatus

Bayi baru lahir (neonatus) normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai

alat, pada usia kehamilan 37 sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram. Nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2013:2).

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari yang memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intruterin ke kehidupan ektrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup baik (Marmi, 2012:1).

#### **B. Ciri-Ciri Neonatus Normal**

Menurut Nanny (2011:2) ciri-ciri bayi lahir normal adalah sebagai berikut :

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
2. Berat badan 2500-4000 gram.
3. Panjang badan 48-52 cm.
4. Lingkar dada 30-38 cm.
5. Lingkar kepala 33-35 cm.
6. Lingkar lengan 11-12 cm.
7. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
8. Pernafasan  $\pm$  40-60 x/menit.
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
10. Rambut lanugo tidak terlihat.
11. Kuku agak panjang dan lemas.



12. Nilai APGAR >7.
13. Gerak aktif.
14. Bayi lahir langsung menangis kuat.
15. Genitalia

Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.

Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

16. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.
17. Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
18. Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
19. Refleks *swallowing* yaitu refleks menelan dimana ASI dimulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.
20. Refleks *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
21. Reflek *grasping* (menggagam) sudah terbentuk dengan baik.
22. Refleks *tonic neck* yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal.

23. Refleks *babinsky* yaitu gerakan jari sepanjang telapak kaki.
24. Refleks *stapping* yaitu refleks kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuhkan pada satu dasar maka seperti ada tahanan.

### C. Penilaian APGAR Score

Penilaian APGAR didasarkan pada lima aspek yaitu usaha bernafas, frekuensi jantung, reaksi terhadap rangsangan, tonus otot, dan warna kulit. Tes APGAR dilakukan 3 kali pada menit pertama, menit ke-5, dan menit ke-10 setelah bayi lahir. Tes ini memberikan skor 0 sampai 2 pada setiap pemeriksaan. Nilai 0 untuk keadaan yang buruk, nilai 1 berarti normal, dan 2 berarti baik (Yunisa, 2010:66).

Tabel 2.9  
Tanda APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Warna	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Denyut jantung	Tidak ada	<100	>100
Tonus otot	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Aktivitas	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Pernafasan	Tidak ada	Lemah / tidak teratur	Menangis

Sumber : Varney,2007:275

Interpretasi :

Nilai 1-3 : asfiksia berat

Nilai 4-6 : asfiksia sedang

Nilai 7-10 : asfiksia ringan (normal)

#### D. Proses Bayi Baru Lahir

Beberapa saat dan beberapa jam pertama kehidupan ekstrauteri adalah salah satu masa yang paling dinamis dari seluruh siklus kehidupan. Pada saat bayi lahir, bayi baru lahir berpindah dari ketergantungan total ke kemandirian fisiologis. Proses perubahan yang rumit ini disebut dengan periode transisi, yaitu periode yang dimulai ketika bayi keluar dari tubuh ibu dan berlanjut selama beberapa minggu untuk sistem organ tertentu (Varney et al, 2007:878).

Menurut Marmi (2012:6), periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Periode Reaktivitas (*The First Period of Reactivity*)

Dimulai dari masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir memperlihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Mata bayi terbuka dan menunjukkan perilaku terjaga. Bayi mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu ibu. Selama periode terjaga ini setiap usaha harus untuk memfasilitasi kontak antara ibu dan bayi baru lahir. Bayi sering kali mengeluarkan feses segera setelah lahir dan bising usus biasanya muncul 30 menit setelah lahir.

Bising usus menunjukkan sistem pencernaan mampu berfungsi. Namun, keberadaan feses saja tidak mengindikasikan bahwa peristaltik mulai bekerja, melainkan hanya mengindikasikan bahwa anus paten.

Lebih jelasnya dapat dilihat secara karakteristiknya yaitu:

- a) Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut: frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80 x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendekur serta adanya reterasi.
- b) Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke *sianosis*.
- c) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.
- d) Bayi baru lahir mempunyai sedikit mucus, menangis kuat, reflek isap yang kuat. Tip khusus : selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama, daripada hari-hari selanjutnya, saat ini adala waktu yang paling baik untuk melalui proses periode pelekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama.



## 2. Periode Tidur (*Period of Unresponsive Sleep*)

Tahap kedua transisi berlangsung dari sekitar 30 menit setelah kelahiran bayi sampai 2 jam. Frekuensi jantung menurun selama periode ini, hingga kurang dari 140 kali per menit. Bayi dalam keadaan tidur nyenyak. Bising usus ada, tetapi kemudian berkurang. Apabila memungkinkan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan-pemeriksaan mayor atau untuk dimandikan selama periode ini. Tidur nyenyak yang pertama memungkinkan bayi baru lahir pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrasuteri.

## 3. Periode Reaktivitas II (*The Second Period of Reactivity*)

Selama periode reaktivitas kedua (tahap ketiga transisi), berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Frekuensi jantung bayi labil dan perubahan warna kulit terjadi dengan cepat, yang dikaitkan dengan stimulus lingkungan. Frekuensi pernafasan bervariasi tergantung dari aktivitas. Bayi baru lahir mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan segera sangat penting untuk mencegah hipoglikemia dan menstimulasi pengeluaran feses, serta mencegah ikterus. Pemberian makan segera juga memungkinkan kolonisasi bakteri di usus, yang menyebabkan pembentukan vitamin K oleh saluran cerna.

Neonatus mungkin bereaksi terhadap pemberian makan yang pertama dengan meludahkan susu bercampur lendir. Bidan harus membantu dan mengajarkan ibu untuk menyendawakan bayinya. Setiap mucus/lendir yang ada selama pemberian makan awal akan mengganggu pemberian makan yang adekuat, khususnya jika mucus berlebihan akan mengindikasikan suatu masalah seperti atresia esofagus, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan harus ditunda sampai penyebabnya telah diselidiki secara menyeluruh (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:892-893).

#### **E. Penanganan Bayi Baru Lahir**

1. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan).
2. Segera membungkus kepala bayi dan badan dengan handuk serta biarkan kontak kuli ibu dan bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin IM.
3. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, lakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem 2 cm dari klem pertama.

4. Memegang tali pusat dengan satu tangan, kemudian lindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
5. Keringkan bayi, ganti handuk yang basah dan selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi kepala bayi dan membiarkan tali pusat terbuka.
6. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai memberikan ASI jika ibu menghendaki (Prawirohardjo, 2010:344).

#### **F. Klasifikasi Bayi Baru Lahir**

1. Berdasarkan usia kehamilan
  - a) Neonatus kurang bulan (Preterm infant): kurang dari 259 hari (37 minggu).
  - b) Neonatus cukup bulan (Term infant): 259-294 hari (37-42 minggu).
  - c) Neonatus lebih bulan (Posterm infant): lebih dari 294 hari (42 minggu lebih).(Muslihatun, 2010:46)
2. Berdasarkan berat lahir
  - a) Neonatus berat lahir rendah: kurang dari 2500 gram.
  - b) Neonatus berat lahir cukup: antara 2500-4000 gram.
  - c) Neonatus berat lahir lebih: lebih dari 4000 gram.(Muslihatun, 2010:46)

3. Berdasarkan berat badan lahir dan masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):
  - a) Neonatus cukup/ kurang /lebih bulan (NCB/ NKB/ NLB)
  - b) Sesuai/ kecil/ besar untuk masa kehamilan (SMK/ KMK/ BMK)

(Marmi, 2015:51)

### **G. Perubahan Fisiologi Bayi Baru Lahir**

#### **1. Sistem pernafasan**

Pernafasan pertama bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernafasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal susunan saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya seperti kemoreseptor karotid yang sangat peka terhadap kekurangan oksigen, rangsangan hipoksemia, sentuhan dan perubahan suhu didalam uterus dan diluar uterus (Leveno,2009:281).

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernafasan yang pertama kali, dan proses pernafasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi sudah dipersiapkan lama sejak intruteri. Upaya pengambilan nafas pertama sedikit dibantu dengan penekanan toraks yang terjadi pada menit-



menit terakhir kehidupan janin. Tekanan yang tinggi pada toraks ketika janin melalui vagina tiba-tiba hilang ketika bayi lahir. Cairan yang mengisi mulut dan trakea keluar sebagian dan udara mulai mengisi saluran trakea. Neonatus yang lahir melalui seksio sesaria, terutama jika tidak ada tanda persalinan, tidak mendapat manfaat dari pengurangan cairan paru dan penekanan toraks sehingga berisiko mengalami paru-paru basah, situasi ini dapat mengakibatkan takipnea sementara pandai neonatus. Respons paru-paru bayi baru lahir terhadap kemoreseptor (yang ada di glomus aortikum dan glomus karotikum) dan mekanoreseptor paru menjadi kekuatan penggerak dalam pengaturan nafas lebih lanjut. Kekuatan otot-otot pernafasan dan kemampuan diafragma untuk bergerak, secara langsung mempengaruhi keadekuatan setiap inspirasi dan ekspirasi. Bayi baru lahir yang sehat mengatur sendiri banyak aspek usaha napasnya sehingga mencapai keseimbangan yang tepat antara oksigen, karbon dioksida, dan kapasitas residu fungsional. Napas aktif pertama menghasilkan rangkaian peristiwa tanpa gangguan (1) dapat membantu perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi dewasa, (2) mengosongkan paru dari cairan, (3) menetapkan volume paru neonatus dan karakteristik fungsi paru pada bayi baru lahir, dan (4) mengurangi tekanan arteri

pulmonalis. Ketika kepala bayi dilahirkan, lendir keluar dari hidung dan mulut, banyak bayi baru lahir yang megap-megap dan bahkan menangis pada saat itu, maka dari itu pengisapan mulut dan hidung dengan suksion karet sebenarnya tidak diperlukan. penggunaan seksion karet ini harus dibatasi, kecuali jika usaha napas bayi berkurang atau ketika mekonium perlu dibersihkan dari jalan napas serta bayi yang lelah dan terganggu oleh proses kelahiran. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas besar pada trakea dan bronkus neonatus. Cairan dalam paru didorong ke perifer paru, tempat cairan tersebut diabsorpsi. Akhirnya, semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus maksimum dapat dicapai. Pola pernafasan bervariasi sesuai awitan (Varney et al, 2007:880).

Keadaan yang mempercepat proses maturasi paru-paru adalah toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini, insufisiensi plasenta. Karena keadaan diatas dapat menyebabkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru.

Keadaan yang mempengaruhi keterlambatan maturitas paru-paru adalah:

- a) Diabetes yang ringan.
- b) Faktor inkompabilitas Rh.

c) Gamely datu ovum dengan berat badan yang berbeda dan biasanya berat bada yang lebih kecil paru-parunya belum matur.

## 2. Sistem kardiovaskuler

Dengan berkembangnya paru-paru, tekanan oksigen didalam alveoli meningkat. Sebaliknya, tekanan karbondioksida turun. Hal tersebut mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh-pembuluh darah paru, sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat. Ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup. Dengan menciutnya arteria dan vena umbilikalis dan kemudian dipotongnya tali pusat, aliran darah dari plasenta melalui vena kava inferior dan foramen ovale ke atrium kiri terhenti. Dengan diterimanya darah oleh atrium kiri dari paru-paru, tekanan di atrium kiri menjadi lebih tinggi dari pada tekanan di atrium kanan, hal ini menyebabkan foramen ovale menutup. Sirkulasi janin sekarang berubah menjadi sirkulasi bayi yang hidup di luar badan ibu (Manuaba, 2007:324).

## 3. Sistem sirkulasi

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini meniadakan suplai oksigen. Reaksi-reaksi ini dilengkapi oleh reaksi-reaksi yang terjadi dalam

paru sebagai respon terhadap tarikan nafas pertama. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru-paru dan malah mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri, yang disebut foramen ovale. Darah yang kaya oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus. Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang ada pada unit janin-plasenta terputus. Sistem sirkulasi bayi baru lahir sekarang merupakan sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri (Varney et al, 2008:880).

#### 4. Termoregulasi

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stres karena perubahan suhu lingkungan. Karena suhu di dalam uterus berfluktuasi sedikit, janin tidak perlu mengatur suhu. Suhu janin biasanya lebih tinggi 0,6 °C daripada suhu ibu. Pada saat lahir, faktor yang berperan dalam kehilangan panas pada bayi baru lahir meliputi area permukaan tubuh bayi baru lahir yang luas, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan, dan derajat fleksi otot. Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui 4 mekanisme, yaitu konveksi, konduksi, radiasi dan evaporasi. Tempat kelahiran harus disiapkan dengan adekuat untuk meminimalkan kehilangan panas pada neonatus. Neonatus dapat menghasilkan panas



dengan 3 cara, yaitu menggigil, aktivitas otot volunter, dan termogenesis (produksi panas tubuh) tanpa menggigil. Termogenesis tanpa menggigil mengacu pada 1 dari 2 cara berikut, peningkatan kecepatan metabolisme atau penggunaan lemak coklat (*brown fat*) untuk memproduksi panas. Neonatus dapat menghasilkan panas dalam jumlah besar dengan meningkatkan kecepatan metabolisme mereka. Pada cara kedua, lemak coklat dimobilisasi untuk menghasilkan panas. Lapisan lemak coklat berada pada dan di sekitar tulang belakang bagian atas, klavikula dan sternum, dan ginjal serta pembuluh darah besar. Banyaknya lemak coklat bergantung pada usia gestasi dan berkurang pada bayi baru lahir yang mengalami retardasi pertumbuhan. Lemak coklat adalah sumber yang tidak dapat diperbarui pada bayi baru lahir. Penghasilan panas melalui penggunaan cadangan lemak coklat dimulai pada saat bayi lahir akibat lonjakan katekolamin dan penghentian supresor prostaglandin dan adenosin yang dihasilkan plasenta.

Kehilangan panas pada neonatus segera berdampak pada hipoglikemia, hipoksia, dan asidosis. Dampak tersebut merupakan akibat peningkatan kebutuhan metabolisme yang disebabkan oleh usaha bayi baru lahir untuk membuat zona suhu yang netral. Dianjurkan pada suhu rectal dan aksila

tetap dalam rentang 36,5-37,5<sup>0</sup>C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5 <sup>0</sup>C (Varney et al, 2007:881-882).

#### 5. Pengaturan glukosa

Pada setiap bayi baru lahir, kadar glukosa turun selama periode waktu yang singkat (1-2 jam setelah kelahiran). Sistem pada bayi baru lahir yang sehat belajar untuk mengoreksi secara mandiri penurunan kadar glukosa fisiologis. Koreksi penurunan kadar glukosa darah dapat terjadi dalam 3 cara: melalui penggunaan ASI atau susu formula, melalui penggunaan cadangan glikogen, atau melalui pembuatan glukosa dari sumber-sumber lain, khususnya lipid. Bayi baru lahir yang sehat menghasilkan glukosa sebanyak 4-8 mg/kg/menit sebagai respon terhadap kebutuhan (Varney et al, 2007:883).

#### 6. Perubahan pada darah

Bayi baru lahir dilahirkan dengan hematocrit atau hemoglobin yang tinggi. Konsentrasi hemoglobin normal memiliki rentang dari 13,7-20,0 gr/dL. Selama beberapa hari pertama kehidupan, nilai hemoglobin sedikit meningkat, sedangkan volume plasma menurun. Akibat perubahan dalam volume plasma tersebut, hematokrit, yang normalnya dalam rentang 51 hingga 56% pada saat kelahiran, meningkat dari 3 menjadi 6%. Hemoglobin kemudian turun perlahan, tapi

terus-menerus pada 7-9 minggu pertama setelah bayi lahir. Nilai hemoglobin rata-rata untuk bayi berusia 2 bulan ialah 12,0 gr/dL (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:884).

#### 7. Saluran pencernaan

Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium (zat yang berwarna hitam kehijauan). Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan tinja yang berwarna coklat kehijauan pada hari ketiga sampai keempat. Adaptasi pada saluran pencernaan adalah:

- a) Pada hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100 cc.
- b) Enzim tersedia untuk mengkatalis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- c) Defisiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- d) Kelenjar ludah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi  $\pm$  2-3 bulan.

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflek muntah dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan

bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sendiri masih sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya. Dengan adanya kapasitas lambung yang masih terbatas ini maka sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sedikit tapi sering, contohnya memberi ASI sesuai dengan keinginan bayi. Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat-zat berbahaya yang masuk kedalam saluran pencernaannya. Disamping itu bayi baru lahir juga belum dapat mempertahankan air secara efisien dibanding dengan orang dewasa, sehingga kondisi ini dapat menyebabkan diare yang lebih serius pada neonatus.

(Marmi, 2012 : 20).

#### 8. Perubahan pada sistem imun

Sistem imun neonatus tidak matur pada sejumlah tingkat yang signifikan. Ketidakmampuan fungsional ini membuat neonatus rentan terhadap banyak infeksi dan respon alergi.



Sistem imun yang matur memberikan baik imunitas alami maupun yang didapat.

Varney et al, (2007:886-888) menyebutkan 2 macam imunitas pada bayi baru lahir, yaitu:

a) Imunitas alami

Imunitas alami terdiri dari struktur tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Beberapa contoh imunitas alami meliputi (1) perlindungan barrier yang diberikan oleh kulit dan membran mukosa; (2) kerja seperti saringan oleh saluran napas; (3) kolonisasi pada kulit dan usus oleh mikroba pelindung; dan (4) perlindungan kimia yang diberikan oleh lingkungan asam pada lambung.

b) Imunitas yang didapat

Neonatus dilahirkan dengan imunitas pasif terhadap virus dan bakteri yang pernah dihadapi ibu. Janin mendapatkan imunitas ini melalui perjalanan transplasenta dari imunoglobulin varietas IgG. Imunoglobulin lain seperti IgM dan IgA, tidak dapat melewati plasenta.

9. Perubahan pada sistem ginjal

Bayi baru lahir cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Banyak dari

defisit tersebut memperbaiki dirinya sendiri pada bulan pertama kehidupan. Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus. Kondisi itu mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, sering kali hanya 30-60 ml. Seharusnya tidak terdapat protein atau darah dalam urine bayi baru lahir (Varney et al, 2007:888).

#### **H. Adaptasi Bayi Baru Lahir**

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonates dari kehidupan didalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonates dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan diluar uterus disebut homeostasis (Puspitasari dkk, 2014:240)

Perubahan-perubahan yang segera terjadi sesudah kelahiran antara lain:

1. Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir kadar gula darah tali pusat akan menurun, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah dapat mencapai 120mg/100. Bila ada gangguan metabolisme akan lemah sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus

maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemia (Puspitasari, 2014:240).

## 2. Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi baru lahir, bayi merasa pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu didalam rahim. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas melalui konveksi. Evaporasi sebanyak 200 kal/kg/BB/menit. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu bayi sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. Akibat suhu yang rendah metabolisme jaringan meningkat dan kebutuhan O<sub>2</sub> pun meningkat (Puspitasari, 2014:240).

Terdapat empat kemungkinan hilangnya panas tubuh bayi baru lahir kelingkungannya.

### a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (perpindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contohnya menimbang bayi tanpa alas timbangan.

### b) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah hilang yang panas tergantung

pada kecepatan dan suhu udara). Contoh membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela.

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Contoh bayi baru lahir dibiarkan didalam ruangan dengan *air conditioner* (AC).

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap)

(Muslihatun, 2010:76)

3. Perubahan pernafasan

Selama dalam rahim ibu janin mendapat  $O_2$  dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas melalui paru-paru bayi. Rangsangan gas melalui paru-paru untuk gerakan rangsangan pertama.

a) Tekanan mekanik dari toraks pada saat melewati janin lahir.

b) Menurun kadar  $pH$   $O_2$  dan meningkat kadar  $Ph$   $CO_2$  merangsang kemoreseptor karotid.



- c) Rangsangan dingin didaerah muka dapat merangsang permukaan gerakan pernafasan.
- d) Pernafasan pertama BBL normal dalam waktu 30 detik setelah persalinan. Dimana tekanan rongga dada bayi melalui jalan lahir mengakibatkan cairan paru-paru kehilangan  $\frac{1}{3}$  dari jumlah cairan tersebut. Sehingga cairan yang hilang tersebut diganti dengan udara. Paru-paru mengembang mengakibatkan rongga dada trobolli pada bentuk semula, jumlah cairan paru-paru pada bayi normal 80 x/menit- 100 x/menit (Puspitasari, 2014:240).

#### 4. Perubahan struktur

Dengan berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan  $O_2$  meningkat tekanan  $CO_2$  menurun. Hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru-paru sebagian sehingga aliran darah kepembuluh darah tersebut meningkat. Hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup. Dan menciutnya arteri dan vena umbilikalis kemudian tali pusat dipotong sehingga aliran darah dari plasenta melalui vena cava inferior dan foramen oval atrium kiri terhenti sirkulasi darah bayi sekarang berubah menjadi seperti semula (Puspitasari, 2014:240).

## 5. Perubahan neurologis

Sistem saraf pada bayi baru lahir baik secara anatomi dan secara fisiologis berkembang sempurna. Semua sistem neuron terbentuk, tetapi masih banyak yang masih belum matang sampai beberapa bulan dan beberapa tahun. Oleh karena itu, bayi baru lahir gerakannya tidak terkoordinasi, pengaturan suhunya masih labil, kendali terhadap otot-ototnya buruk meraka mudah sekali “terkejut”, mudah mengalami tremor pada daerah ekstremitas dan sebagainya (Puspitasari, 2014:240).

## 6. Perubahan Gastrointestinal

Selama masa kehidupan janin, fungsi saluran gastrointestinal masih terbatas. Janin menelan cairan amniotik dan suatu material fekal yang disebut mekonium. Namun, saluran gastrointestinal janin tidak berfungsi untuk proses pencernaan dan penyerapan zat-zat nutrisi. Pada usia gestasi 36 dan 38 minggu, sistem gastrointestinal telah cukup matang untuk beradaptasi segera dengan kehidupan diluar uterus. Berbagai enzim yang dibutuhkan untuk pencernaan berfungsi aktif, dan otot-otot serta perkembangan refleks-refleksnya menyiapkan kemampuan transportasi makanan.

Bayi baru lahir belum memiliki kemampuan untuk mentransfer makanan dari bibir ke faring. Pada bayi baru

lahir agar dapat menelan, makanan harus diletakan dengan benar dibelakang lidah. Oleh karena itu,putting susu harus ditempatkan dengan benar didalam mulut BBL. Menghisap difasilitasi oleh otot dan lekuk menghisap yang kuat, atau lipatan, pada bagian depan mulut. Selain itu bantalan menghisap (cadangan jaringan lemak pada tiap pipi) mencegah kolaps pipi selama menyusui dan membuat proses menghisap menjadi lebih efektif. Jaringan lemak ini tetap ada (bahkan ketika lemak hilang dari bagian tubuh yang lain) sampai mengisap tidak lagi penting sebagai metode mendapatkan makanan. Kelenjar saliva masih belum sempurna pada saat bayi dilahirkan dan memproduksi sedikit saliva sampai bayi berusia 3 bulan (Puspitasari, 2014:240).

#### 7. Perubahan fungsi ginjal dan eksresi urine

Ginjal janin sudah berfungsi selama sebagian besar kehidupan janin. Hal ini dibuktikan dengan adanya urine dalam kandung kemih pada awal bulan keempat gestasi. Namun, bahkan pada saat mencapai usia cukup bulan tingkat fungsi ginjal rendah. Semua nefron terbentuk, tetapi area permukaan kapiler glomerulus dan panjang tubulus sekitar sepersepuluh kali ukuran orang dewasa.

Karena laju filtrasi glomerulus yang relatif rendah pada saat lahir, kelebihan air dan zat-zat terlarut tidak dapat dibuang dengan cepat dan efisien.

Dalam 24 jam kelahiran, 92% bayi baru lahir yang sehat berkemih, tetapi berkemih pertama kali dapat terjadi tepat setelah dilahirkan mungkin sangat sedikit dan agak jarang kecuali bayi baru lahir tersebut mengalami edema pada saat lahir. Seiring dengan asupan cairan meningkat mulai dari dua sampai enam kali pada hari pertama dan kedua hingga 5 sampai 20 kali per 24 jam pada hari berikutnya sampai bayi baru lahir tersebut mulai mengembangkan kontrol kandung kemihnya dan jumlah berkemih perhari akan menurun. Dengan peningkatan asupan cairan, urine menjadi jernih, berwarna kekuningan dan hampir tidak berbau (Puspitasari, 2014:240).

#### 8. Perubahan fungsi hati

Selama kehidupan janin, hati memiliki peran penting dalam pembentukan darah. Diperkirakan bahwa fungsi ini berlanjut sampai derajat tertentu setelah lahir. Selanjutnya pada periode neonatus, hati memproduksi zat-zat yang penting untuk koagulasi darah. Jika asupan gizi wanita adekuat selama kehamilan maka kadar gizi yang cukup disimpan dalam hati BBL memasukan kebutuhannya selama



bulan-bulan pertam kehidupan saat diet(khususnya air susu) kurang mengandung besi. Namun, cadangan gizi BBL akan berkurang pada sekitar bulan kelima, dan kecuali diberikan makanan yang mengandung besi, defisiensi besi akan terjadi.

(Sharon J et al,2011: 77-78)

## **I. Kebutuhan Bayi Baru Lahir**

### **1. Nutrisi**

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke-2 energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012:313).

Menurut Sulistyawati (2012:379), kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.8 Sebagai berikut:

Tabel 2.10  
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

Hari kelahiran	Cairan/Kg/hari	Kalori/Kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke- >10	150-200 ml	>120 kal

Sumber : Saifuddin,2007:380

## 2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi,2012:314). Feses pertama berwarna hijau kehitaman, lengket dan mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser,2009:711). Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Sulistyawati, 2009:711).

## 3. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2007:378).

#### 4. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Manuaba, 2007:377-378).

#### 5. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, akan tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2010:369).

#### 6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit akan membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik (Marmi, 2010:369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat

dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser et al, 2009:712).

## **J. Tanda Bahaya Yang Harus Diwaspadai Pada Bayi Baru Lahir**

1. Pernapasan : sulit atau lebih dari 60 kali per menit
2. Kehangatan : terlalu panas ( $>38^{\circ}\text{C}$  atau terlalu dingin  $<36^{\circ}\text{C}$ )
3. Warna : kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar
4. Pemberian makan : hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
5. Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, berdarah
6. Infeksi : suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernapasan sulit
7. Tinja/kemih : tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja
8. Aktivitas : menggigil, atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus (Sarwono, 2010:36).

Penanganan:

- a) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam)



- b) Pertahankan bayi agar selalu dengan ibu
- c) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering dengan mengambil popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas dan terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa kemampuan pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan kedalam mulut bayi harus bersih
- d) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- e) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi
- f) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu
- g) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau infeksi
- h) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik (Sarwono, 2010:37)

#### **K. Pelayanan Kesehatan Neonatal**

1. Kunjungan neonatal pertama (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan :
  - a) Jaga kehangatan tubuh bayi
  - b) Berikan ASI eksklusif
  - c) Rawat tali pusat

2. Kunjungan neonatal ke-2 dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir
  - a) Jaga kehangatan tubuh bayi
  - b) Berikan ASI eksklusif
  - c) Cegah infeksi
  - d) Rawat tali pusat
3. Kunjungan neonatal ke-3 atau KN lengkap dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan 28 hari setelah lahir
  - a) Periksa ada atau tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit
  - b) Lakukan :
    - 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
    - 2) Beri ASI eksklusif
    - 3) Rawat tali pusat (Walyani, 2014:84)

#### **L. Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang**

##### **1. Perawatan Tali Pusat**

Saat bayi dilahirkan, tali pusat (umbilikal) yang menghubungkannya dan plasenta ibunya akan dipotong oleh dokter. Semasa dalam rahim, tali ini menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berada di dalamnya. Tapi saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat bernapas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali tersebut harus dipotong meski

tidak semuanya. Tali pusar yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa senti oleh dokter. Sisanya ini akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering, lalu terlepas dengan sendirinya. Cara membersihkannya bisa dilakukan sebagai berikut:

- a) Cuci tangan bersih-bersih dengan sabun.
- b) Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai yang telah dibubuhi alkohol 70%, lalu bersihkan sisa tali pusar, terutama bagian pangkalnya (yang menempel pada perut).
- c) Lakukanlah dengan hati-hati, apalagi bila pusar bayi masih berwarna merah.
- d) Gunakan jepitan khusus dari plastik untuk memegang ujung tali pusarnya, agar lebih mudah dalam membersihkan dan melilitkan perbannya.
- e) Rendam perban/kasa steril dalam alkohol 70%, lalu bungkus sisa tali pusar. Usahakan agar seluruh permukaan hingga ke pangkalnya tertutup perban.
- f) Lilitkan perban/kasa sedemikian rupa agar bungkusannya tidak terlepas. Pastikan tidak terlalu ketat, agar bayi tidak kesakitan.
- g) Gunakan kain kasa untuk mengikat perban agar tetap pada tempatnya (Mueser, 2007:42).

## 2. Pemberian ASI

Inisiasi menyusui dini atau pemberian ASI sejak dini adalah sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu setelah melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusui pada ibunya di 20-30 menit setelah ia lahir. Itupun jika ia tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anastesi yang diberikan ke ibu saat proses melahirkan. Pengalaman pertama bayi. Di jam-jam pertama, bayi akan relatif tenang, terjaga dan memiliki kemampuan bawaan untuk melakukan proses latch-on (proses masuknya sebagian besar ke dalam mulut bayi hingga ia dapat mengunci dan menyusui dengan baik dan menyusui dengan baik. Riset menunjukkan bahwa bayi baru lahir yang diletakkan di perut ibu sesaat setelah ia lahir, akan mampu mencari payudara ibu dan menyusui dengan baik dalam kurun waktu kurang dari 50 menit (Mueser, 2007:42).

## 3. Jaga Kehangatan Bayi

Bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan diluar untuk membuat bayi tetap hangat. Menjaga kehangatan bayi baru lahir merupakan suatu hal yang sangat penting, dengan cara membungkus atau membedung bayi rapat-rapat dan kepalanya ditutup agar



membantunya merasa aman dan hangat. Hal ini membuat bayi tidur lebih nyenyak dan lama jika mereka dibungkus. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermia) berisiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal. Jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti, mungkin akan mengalami hipotermia, meskipun berada dalam ruangan hangat.

Tujuan Menjaga Kehangatan :

- a) Untuk mengurangi kehilangan panas tubuh
  - b) Membuat bayi merasa aman dan hangat
  - c) Membuat bayi tidur lebih nyenyak (Mueser, 2007:42).
4. Tanda-Tanda Bahaya
- a) Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum. Ini tanda bayi terkena infeksi berat.
  - b) Bayi kejang. Kejang pada bayi baru lahir kadang sulit dibedakan dengan gerakan normal. Jika melihat gejala-gerakan yang tidak biasa dan terjadi secara berulang-ulang (menguap, mengunyah, mengisap, mata berkedip-kedip, mata mendelik, bola mata berputar-putar, kaki seperti mengayuh sepeda) yang tidak berhenti jika bayi disentuh atau dielus-elus, kemungkinan bayi kejang.
  - c) Bayi lemah, bergerak hanya jika dipegang.

- d) Sesak napas (60 kali permenit atau lebih) atau nafas 30 kali per menit atau kurang.
- e) Bayi merintih.
- f) Pusing kemerahan sampai dinding perut. Jika kemerahan sudah sampai ke dinding perut, tandanya sudah infeksi berat.
- g) Demam (suhu tubuh bayi lebih dari 37,5° C) atau tubuh teraba dingin (suhu tubuh bayi kurang dari 36,5° C).
- h) Mata bernanah banyak.
- i) Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat. Ini tandanya bayi kekurangan cairan yang berat, bisa menyebabkan kematian.
- j) Kulit bayi terlihat kuning. Kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada :
  - 1) Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir.
  - 2) Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.
  - 3) Kuning sampai ke telapak tangan atau kaki.

Bila menemukan salah satu dari tanda - tanda bahaya tersebut di atas sebaiknya orangtua segera membawa bayi ke petugas kesehatan baik dokter maupun bidan (Mueser, 2007:43).

## 5. Imunisasi

Setelah lahir, tubuh bayi belum punya daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibodi bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi, tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Berikut 3 jenis imunisasi awal yang diberikan di rumah sakit setelah lahir.

### a) Hepatitis B

Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver); berakhir menjadi sirosis (hati menciut) dan kanker hati. Segera setelah lahir, diupayakan dalam 12 jam pertama. Diberikan minimal 3 kali dalam rentang waktu 6 bulan. Disuntikkan di paha. Diberikan tanpa memandang status ibu (pernah terinfeksi atau belum).

### b) Polio

Mencegah terkena polio (poliomyelitis) yang menyebabkan anak lumpuh (kebanyakan mengenai satu kaki tetapi bisa juga terkena kedua kakinya). Menjelang pulang, diteteskan di mulut. Diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu. Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obat.

## c) BCG

Mencegah penyakit TB (tuberkulosis). Menjelang pulang, disuntikkan di lengan atas. Umumnya menyerang paru-paru. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat menjalar misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang, dan menimbulkan komplikasi (Mueser, 2007:43).

## 6. Perawatan Harian atau Rutin

Ajarkan orang tua cara merawat bayi mereka dan perawatan harian untuk bayi bayi baru lahir.

- a) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), mulai dari pertama
- b) Pertahankan agar bayi selalu dengan ibu
- c) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, dengan mengganti popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan ke dalam mulut bayi harus selalu bersih
- d) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- e) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi
- f) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu



- g) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit/infeksi
- h) Ukur suhu tubuh bayi, jika bayi tampak sakit atau menyusui kurang

(Mueser, 2007:44)

## 7. Pencegahan Infeksi

### a) Infeksi

Infeksi yang terjadi pada bayi baru lahir ada dua yaitu: *early infection* (infeksi dini) dan *late infection* (infeksi lambat). Disebut infeksi dini karena infeksi diperoleh dari si ibu saat masih dalam kandungan sementara infeksi lambat adalah infeksi yang diperoleh dari lingkungan luar, bisa lewat udara atau tertular dari orang lain. Beragam infeksi bisa terjadi pada bayi baru lahir seperti herpes, toksoplasma, rubella, CMV, hepatitis, eksim, infeksi saluran kemih, infeksi telinga, infeksi kulit, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dan HIV/AIDS.

Cara mengatasinya, infeksi herpes simpleks pada bayi yang baru lahir memang sangat mengkhawatirkan dan memberikan prediksi akibat yang buruk bila tidak segera diobati. Untungnya pengobatan selama ini mampu menurunkan angka kematian demikian juga mencegah

progresivitas penyakit berupa infeksi herpes pada susunan saraf pusat atau infeksi diseminata (penyebaran tubuh kebagian tubuh lain). Tindakan terhadap bayi dari ibu penderita herpes genitalis dilakukan secara beragam, diantaranya ada rumah sakit yang menganjurkan isolasi. Selanjutnya, pada bayi dilakukan pemeriksaan kultur virus, fungsi hati dan cairan serebrospinalis (otak). Selain pengawasan ketat selama bulan pertama kehidupannya.

Eksim popok dapat dicegah dengan cara mengganti popok sesering mungkin setiap kali popok basah. Sebaiknya kain popok terbuat dari bahan lembut dan cara pemakaiannya tidak terlalu ketat agar kulit tidak bergesek. Penggunaan celana plastik sedapat mungkin dihindari. Eksim popok juga bisa muncul karena adanya zat-zat tajam yang biasa ada pada feses bayi yang menimbulkan peradangan disekitar anus. Bercak ini umumnya terjadi bila sikecil diare.

Adapun pemberian obat antiretroviral (ARV) pada bayi terinfeksi HIV di minggu pertama pasca kelahiran akan memberikan peluang hidup lebih lama. Pemberian ARV sesegera mungkin membantu menaikkan sistem imun yang lemah akibat serangan virus. Karena bayi yang positif terinfeksi HIV tidak mampu membangun

sistem imun untuk ketahanan tubuh. Akibatnya apabila ada penyakit yang menyerang bayi akan cepat sakit dan meninggal. Menurut penelitian bayi yang mendapat terapi ARV akan mempunyai kesempatan hidup lebih lama (Mueser, 2007:44).

## 8. Kecelakaan

Pada bayi, umumnya kecelakaan terjadi karena jatuh, tergores benda tajam, tersedak, tercekik atau tanpa sengaja menelan obat-obatan dan bahan kimia yang diletakkan di sembarang tempat. Bisa ditebak, umumnya kecelakaan seperti itu disebabkan kelalaian orang dewasa di sekitarnya (Mueser, 2007:44).

### 2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

#### A. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi jumlah penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Maryunani, 2016:539).

Keluarga berencana postpartum adalah melakukan tindakan KB ketika wanita baru melahirkan atau keguguran di rumah sakit, atau memberikan pengarahan agar memilih KB efektif

(melakukan sterilisasi wanita atau pria, menggunakan AKDR, menerima KB hormonal dalam bentuk suntik atau susuk) (Manuaba, 2010:637).

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk sosial (Affandi, 2012: U46).

## B. Jenis-jenis Kontrasepsi



Gambar 2.6  
Jenis-jenis kontrasepsi

Sumber : PKBI Jateng, 2015. Mengenal jenis kontrasepsi.

### 1. Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

#### a) Metode Amenore Laktasi

##### 1) Pengertian

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya bayi hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya. MAL mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif untuk menekan ovulasi. MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi bila:



- (a) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektif jika pemberian  $\geq 8$  kali sehari.
- (b) Belum haid.
- (c) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Affandi, 2012 : MK-1)

## 2) Cara Kerja

Risiko kehamilan tinggi jika ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Keuntungan khusus bagi kesehatan adalah mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal:

- (a) Ibu harus menyusui bayinya secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi 1-2 teguk air atau minuman pada upacara adat atau agama)
- (b) Perdarahan sebelum 56 hari pascalin bisa diabaikan (belum dianggap haid)
- (c) Bayi menghisap payudara secara langsung
- (d) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir

- (e) Kolostrum diberikan kepada bayi
- (f) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara
- (g) Menyusui sesering mungkin selama 24 jam termasuk malam hari
- (h) Hindari jarak antara menyusui lebih dari 4 jam

(Affandi, 2012 : MK-1)

### 3) Keuntungan

- (a) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan)
- (b) Segera efektif
- (c) Tidak mengganggu senggama
- (d) Tidak ada efek samping secara sistemik
- (e) Tidak perlu pengawasan medis
- (f) Tidak perlu obat atau alat
- (g) Tanpa biaya

(Affandi, 2012:MK-1)

### 4) Keterbatasan

- (a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan
- (b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial

(c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan

(d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

(Affandi, 2012:MK-2)

5) Yang Dapat menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan (Affandi, 2012:MK-2).

6) Yang Seharusnya Tidak Pakai MAL

(a) Sudah mendapat haid setelah bersalin

(b) Tidak menyusui secara eksklusif

(c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan

(d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

(Affandi, 2012:MK-3)

b) Senggama terputus

1) Pengertian

Senggama terputus merupakan metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mengalami ejakulasi (Affandi, 2012:MK-15).

## 2) Cara Kerja

Cara kerja metode ini adalah alat kelamin pria dikeluarkan dari vagina sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum sehingga kehamilan dapat dicegah (Affandi, 2012:MK-15).

## 3) Manfaat

### (a) Manfaat kontrasepsi

- (1) Efektif bila dilakukan secara benar.
- (2) Dapat digunakan untuk pendukung metode KB lainnya.
- (3) Tidak ada efek samping.
- (4) Bisa digunakan setiap waktu.
- (5) Tidak membutuhkan biaya.

### (b) Manfaat non kontrasepsi

- (1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.
- (2) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam (Affandi, 2012:MK-15).

## 4) Keterbatasan :

- (a) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus



setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun).

(b) Dapat memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

5) Indikasi :

(a) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.

(b) Pasangan yang taat beragama atau memiliki alasan filosofi untuk tidak menggunakan metode lain.

(c) Pasangan yang membutuhkan kontrasepsi dengan segera.

(d) Pasangan yang membutuhkan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.

(e) Pasangan yang memerlukan metode pendukung.

(f) Pasangan yang tidak teratur melakukan hubungan seksual.

6) Kontraindikasi :

(a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini.

(b) Suami yang sulit melakukan senggama terputus.

(c) Istri yang memiliki pasangan yang sulit bekerjasama.

(d) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.

(e) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus.

(Affandi, 2012:MK-16)

## 2. Metode Kontrasepsi Sederhana Menggunakan Alat

### a) Kondom

#### 1) Pengertian

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vanili), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang apabila digulung berbentuk rata atau memiliki bentuk seperti puting susu.

Standar kondom dilihat dari ketebalannya, umumnya standar ketebalan kondom adalah 0,02 mm. Tipe kondom terdiri dari :

- (a) Kondom biasa.
- (b) Kondom berkontur (bergerigi).
- (c) Kondom beraroma.

(d) Kondom tidak beraroma (Affandi, 2012:MK-13).

## 2) Mekanisme

Mekanisme penggunaan kondom adalah menghalangi pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi wanita. Dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS) dari pasangan satu ke pasangan yang lainnya.

## 3) Manfaat penggunaan kondom

### (a) Manfaat kontrasepsi :

- (1) Efektif bila digunakan secara benar.
- (2) Kesehatan klien tidak terganggu.
- (3) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- (4) Murah dan bisa dibeli secara umum.
- (5) Tidak memerlukan resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.
- (6) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya ditunda.

### (b) Manfaat nonkontrasepsi :

- (1) Memberikan dorongan kepada suami untuk ber KB.

(2) Dapat mencegah penularan IMS.

(3) Saling berinteraksi sesama pasangan.

(Affandi, 2012:MK-18)

4) Keterbatasan :

(a) Efektivitas tidak terlalu tinggi.

(b) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.

(c) Sedikit mengganggu hubungan seksual(mengurangi sentuhan langsung).

(d) Harus selalu tersedia setiap berhubungan seksual.

(e) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum.

5) Kondom sesuai untuk pria yang :

(a) Ingin berpartisipasi dalam program KB

(b) Ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi

(c) Ingin kontrasepsi sementara

(d) Ingin kontrasepsi tambahan

(e) Hanya ingin memakai alat kontrasepsi jika akan berhubungan

(f) Beresiko tinggi tertular atau menularkan infeksi menular seksual (IMS)



- 6) Kondom tidak sesuai untuk pria yang:
- (a) Memiliki pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan
  - (b) Alergi terhadap bahan dasar kondom
  - (c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
  - (d) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual
  - (e) Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi

(Affandi, 2012:MK-19)

### 3. Metode Kontrasepsi Hormonal

#### a) KB Suntik

##### 1) Suntikan progestin 3 bulan

###### (a) Pengertian

Suntikan Depo Provera adalah 6-alfa-medroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parental, memiliki efek progestagen yang kuat dan sangat efektif.

Kontrasepsi ini sangat cocok untuk program postpartum karena tidak mengganggu laktasi dan terjadinya amenorea setelah suntikan

(Anwar, 2011:450).

(b) Jenis Kontrasepsi Suntik Progesteron

Menurut Affandi (2012:MK-43) Terdapat 2 jenis kontrasepsi suntik progesteron, yaitu:

(1) Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan sekali dengan cara disuntik secara intramuskuler.

(2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan diberikan dengan cara intramuskuler.

(c) Cara Kerja

Cara kerja kontrasepsi suntik progestin adalah mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga kemampuan penetrasi sperma menurun, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, serta menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(d) Keuntungan suntik progestin

(1) Sangat efektif, 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

- (2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- (3) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.
- (4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- (5) Tidak mempengaruhi produksi ASI.
- (6) Sedikit efek samping.
- (7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- (8) Bisa digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai pre menopause.
- (9) Dapat membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- (10) Dapat menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- (11) Dapat menurunkan krisis anemia bulan sabit.

(e) Keterbatasan suntik progestin

- (1) Sering ditemui gangguan haid seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan

bercak (spotting) dan tidak haid sama sekali.

(2) Klien sangat bergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan.

(3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sampai suntikan berikutnya.

(4) Permasalahan berat badan merupakan masalah efek samping yang tersering.

(5) Tidak menjamin terhadap penularan IMS.

(6) Terlambatnya pengembalian kesuburan setelah penghentian pemakaian, hal ini bukan karena terjadi kerusakan atau kelainan organ genitalia melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).

(7) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas), dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, dan jerawat.

(f) Indikasi

(1) Usia reproduksi.

(2) Nulipara dan yang telah memiliki anak.



- (3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- (4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- (5) Pascasalin dan tidak menyusui.
- (6) Setelah abortus atau keguguran.
- (7) Sudah mempunyai banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.
- (8) Perokok.
- (9) Tekanan darah <math><180/110\text{ mmHg}</math> dengan masalah gangguan pembekuan darah dan anemia bulan sabit.
- (10) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitonin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
- (11) Tidak bisa memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- (12) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- (13) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan kontrasepsi pil kombinasi.

(g) Kontraindikasi

- (1) Hamil atau dicurigai hamil.

(2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

(3) Tidak dapat menerima gangguan haid, terutama amenore.

(4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

(5) Diabetes mellitus disertai komplikasi.

(h) Waktu yang diperlukan untuk mulai menggunakan suntik progestin

(1) Setiap saat selama siklus haid, jika sudah dipastikan klien tidak hamil.

(2) Mulai hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid.

(3) Pada klien yang tidak haid, injeksi pertama bisa diberikan setiap saat jika pasien sudah dipastikan tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

(4) Klien yang memakai kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntik progestin, jika klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi tersebut dengan benar dan sudah dipastikan

tidak terjadi kehamilan, suntikan dapat diberikan setiap saat. Tidak perlu menunggu haid berikutnya datang.

(5) Bila klien sedang memakai jenis kontrasepsi lain dan ingin mengganti dengan suntik progesteron, suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntik yang sebelumnya.

(6) Klien yang memakai kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntik progestin, suntik dapat segera diberikan asal klien tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Jika pemberian suntikan setelah hari ke-7 siklus haid, maka selama 7 hari setelah suntikan tidak diperbolehkan untuk melakukan hubungan seksual.

(7) Klien yang ingin mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat diberikan selama hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid, atau dapat diberikan setelah hari ketujuh siklus haid tetapi

dipastikan klien tidak hamil (Affandi, 2012:MK;43-49).

2) Suntikan kombinasi 1 bulan

(a) Pengertian

Suntikan kombinasi 1 bulan adalah suntikan kombinasi mengandung hormone esterogen dan progesteron, yang diberikan 1 bulan sekali.

(b) Keuntungan KB suntik 1 bulan

- (1) Diberikan setiap 4 minggu.
- (2) Peserta suntikan cyclofem mendapat menstruasi.
- (3) Pemberian aman, efektif, dan relatif mudah.

(c) Indikasi

- (1) Usia reproduksi
- (2) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak
- (3) Ingin mendapat kontrasepsi dengan efektivitas tinggi

(4) Menyusui ASI pascapersalinan lebih dari 6 bulan

(5) Pascapersalinan dan tidak menyusui

(6) Anemia



(7) Nyeri haid hebat

(8) Haid teratur

(9) Riwayat kehamilan ektopik

(10) Sering menggunakan pil kontrasepsi

(d) Kontraindikasi

(1) Hamil atau diduga hamil

(2) Menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan

(3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(4) Penyakit hati akut

(5) Usia lebih dari 35 tahun dan merokok

(6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (lebih dari 180/110 mmHg)

(7) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migran

(8) Keganasan payudara

(e) Waktu mulai menggunakan suntikan kombinasi

(1) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.

(2) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain selama 7 hari.

(3) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat asal dapat dipastikan pasien tidak dalam keadaan hamil.

(4) Bila klien pascapersalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid suntikan pertama dapat diberikan asal dipastikan ibu tidak hamil.

(5) Bila klien pascapersalinan lebih dari 6 bulan, menyusui, serta belum haid suntikan pertama dapat diberikan asal dipastikan ibu tidak hamil.

(6) Bila pascapersalinan kurang dari 6 bulan dan menyusui jangan diberikan suntikan kombinasi.

(7) Bila pascapersalinan kurang dari 3 minggu dan tidak menyusui dapat diberikan suntikan kombinasi.

(8) Ibu yang sedang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar suntikan kombinasi dapat diberikan tanpa perlu menunggu haid.

(9) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya (Pinem, 2011:144).

b) Kontrasepsi Pil Progestin

1) Pengertian

Pil progestin atau mini pil bukan merupakan penghambat ovulasi karena selama memakan pil mini ini kadang-kadang ovulasi masih dapat terjadi (Anwar, 2011:449).

## 2) Jenis Pil KB

Menurut Sulistyawati (2012:97:101) Jenis pil KB yaitu:

### (a) Pil kontrasepsi oral tipe kombinasi

Terdiri dari 21-22 pil kontrasepsi oral dan setiap pilnya berisi derivat estrogen dan progestin dosis kecil, untuk penggunaan satu siklus. Pil kontrasepsi oral pertama mulai diminum pada hari pertama perdarahan haid, selanjutnya setiap pil 1 hari 1 pil selama 21-22 hari. Umumnya setelah 2-3 hari sesudah pil kontrasepsi oral terakhir diminum, akan timbul perdarahan haid, yang sebenarnya merupakan perdarahan putus obat. Penggunaan pada siklus selanjutnya, sama seperti siklus sebelumnya, yaitu pil pertama ditelan pada hari pertama perdarahan haid.

### (b) Pil kontrasepsi oral tipe sekuensial

Terdiri dari 14-15 pil kontrasepsi oral yang berisi derivat esterogen dan 7 pil berikutnya berisi kombinasi estrogen dan progestin. Cara penggunaannya sama dengan tipe kombinasi. Efektivitasnya sedikit lebih rendah dan lebih



sering menyebabkan hal-hal yang tidak diinginkan.

(c) Pil kontrasepsi oral tipe pil mini

Hanya berisi derivat progesin, noretrindon atau norgestrel, dosis kecil, terdiri dari 21-22 pil. Cara pemakaiannya sama dengan tipe kombinasi.

(d) Pil kontrasepsi oral tipe pil pascasengama (*morning after pil*)

Berisi dietilstilbestrol 25 mg, diminum 2 kali sehari, dalam waktu kurang dari 72 jam pascasengama, selama 5 hari berturut-turut.

(e) Pil kontrasepsi oral di pasaran

Umumnya pil kontrasepsi oral dipasaran terdiri dari 28 pil kontrasepsi, biasanya 7 diantaranya berisi plasebo (zat netral). Hal ini dilakukan untuk mendisiplinkan pemakaian pil kontrasepsi oral. Pil kontrasepsi oral selain untuk mencegah kehamilan juga untuk mengatur haid agar teratur. Ada juga pil kontrasepsi oral yang tidak menimbulkan efek samping berat badan naik, tulang kropos.

Produk tertentu pil kontrasepsi oral juga menjanjikan kehalusan kulit pada pemakainya.

3) Keuntungan kontrasepsi minipil

- (a) Sangat efektif apabila digunakan secara benar (98,5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai ada pil yang terlupa atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare) karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat tinggi
- (b) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (c) Tidak mempengaruhi ASI.
- (d) Kesuburan cepat kembali.
- (e) Nyaman dan mudah digunakan.
- (f) Sedikit efek samping.
- (g) Dapat dihentikan setiap saat.
- (h) Tidak mengandung estrogen.

4) Keuntungan nonkontrasepsi

- (a) Dapat mengurangi nyeri dan jumlah darah haid.
- (b) Dapat menurunkan tingkat anemia.
- (c) Dapat mencegah kanker endometrium.
- (d) Dapat melindungi dari penyakitiradang panggul.
- (e) Tidak meningkatkan pembekuan darah.

(f) Tidak menyebabkan peningkatan tekanan darah, sakit kepala dan depresi.

(g) Dapat mengurangi keluhan premenstruasi sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, lekas marah).

(h) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.

5) Keterbatasan minipil

(a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea).

(b) Peningkatan atau penurunan berat badan.

(c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.

(d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan akan menjadi besar.

(e) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.

(f) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan) tetapi resiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.

(g) Efektivitasnya menjadi lebih rendah bila digunakan secara bersamaan dengan obat tuberkulosis dan epilepsi.

(h) Hirsutisme (tumbuh rambut atau bulu berlebihan di daerah muka) tetapi sangat jarang terjadi.

6) Indikasi

(a) Usia reproduksi.

(b) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak.

(c) Menginginkan metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.

(d) Pascasalin dan tidak menyusui.

(e) Pasca keguguran.

(f) Perokok.

(g) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <math><180/110\text{ mmHg}</math>) atau dengan masalah pembekuan darah.

(h) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.

7) Kontraindikasi

(a) Hamil atau diduga hamil



- (b) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
  - (c) Tidak dapat menerima bila terjadi gangguan haid
  - (d) Menggunakan obat tuberculosi atau obat epilepsy
  - (e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
  - (f) Sering lupa meminum pil
  - (g) Miom uterus, progestin memicu pertumbuhan miom uterus
  - (h) Memiliki riwayat stroke, progestin menyebabkan spasme pembuluh darah
- 8) Waktu menggunakan minipil
- (a) Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.
  - (b) Dapat digunakan setiap saat asal dipastikan klien tidak hamil. Bila menggunakannya setelah hari kelima siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama 2 hari.

- (c) Bila klien tidak haid (amenore), minipil bisa digunakan setiap saat asal dipastikan klien tidak hamil, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain selama 2 hari.
- (d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascalin dan tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat.
- (e) Bila lebih dari 6 minggu pascalin dan klien telah mendapatkan haid makan minipil diminum pada hari pertama sampai kelima siklus haid.
- (f) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran.
- (g) Bila sebelumnya klien memakai kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan bila kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar dan klien tidak hamil.
- (h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan berikutnya. Tidak diperlukan menggunakan metode kontrasepsi lain.
- (i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah non hormonal, minipil dapat diberikan pada hari ke

1-5 siklus haid. Tanpa diperlukan metode kontrasepsi lain.

- (j) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), minipil dapat diberikan pada hari ke 1-5 siklus haid.

(Affandi, 2012:MK;50-55)

c) Kontrasepsi Implant

1) Pengertian

Menurut Pinem (2009:98), kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi yang diinsersikan tepat dibawah kulit, terdiri dari 6 kapsul *silastik*, setiap kapsulnya berisi *levornorgestrel* sebanyak 36 mg dengan panjang 3,4 cm dilakukan pada bagian dalam lengan atas atau dibawah siku melalui insisi tunggal dalam bentuk kipas, yang bekerja dalam jangka waktu 5 tahun. Pemasangan implant hanya dilakukan petugas klinik atau orang terlatih secara khusus.

2) Macam-macam Kontrasepsi Implant

(a) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan

diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun (Saifuddin, 2013:MK-53).

(b) *Jadena* dan *Indolant*

Terdiri dari dua batang yang diisi dengan 75 levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun (Kumalasari, 2015:279).

(c) *Implanon*

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun (Saifuddin, 2013:MK-53).

3) Cara Kerja Kontrasepsi Implant

Menurut Saifuddin (2010:MK-54) yaitu :

- (a) Lendir serviks menjadi kental.
- (b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- (c) Mengurangi transportasi sperma.
- (d) Menekan ovulasi.

4) Keuntungan

Menurut Manuaba (2010:603) keuntungan kb implant yaitu:

- (a) Dipasang selama 5 tahun



- (b) Kontrol medis ringan
- (c) Dapat dilayani didaerah pedesaan
- (d) Penyulit medis tidak terlalu tinggi
- (e) Biaya murah

Menurut Maryunani (2016:552) keuntungan kb

implant yaitu:

- (a) Praktis
  - (b) Efektif
  - (c) Tidak ada faktor lupa
  - (d) Tidak menekan produksi ASI
  - (e) Masa pakai jangka panjang 5 tahun
- 5) Kerugian
- (a) Menimbulkan gangguan menstruasi yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur.
  - (b) Berat badan bertambah
  - (c) Menimbulkan akne, ketegangan payudara
  - (d) Liang senggama terasa kering

(Manuaba, 2010:603)

- 6) Keterbatasan
- (a) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.
  - (b) Tidak mencegah infeksi menular seksual.

- (c) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.
- (d) Efektivitasnya menurun bila menggunakan obat tuberculosis atau obat epilepsi (BKKBN dan Kemenkes RI No.46, 2012).

7) Efek Samping

Menurut Saifuddin (2013:MK 58-59) efek samping KB Implant yaitu:

- (a) Amenorea
- (b) Perdarahan bercak
- (c) Ekspulsi
- (d) Infeksi pada daerah insersi
- (e) Berat badan naik/turun

8) Indikasi

- (a) Usia reproduksi
- (b) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- (c) Ibu menyusui
- (d) Pasca keguguran atau abortus
- (e) Tidak menginginkan anak lagi, tapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap
- (f) Wanita dengan kontraindikasi hormone esterogen

(g) Sering lupa mengkonsumsi pil

(Kumalasari, 2015:280)

9) Kontraindikasi

(a) Hamil atau diduga hamil

(b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(c) Benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi

(e) Miom uterus

(f) Gangguan toleransi glukosa

(Saifuddin, 2013: MK-55)

4. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a) Pengertian

AKDR adalah suatu alat yang dimasukkan kedalam rahim yang sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh perempuan usia reproduktif (Handayani, 2010:139).

b) Jenis-jenis AKDR

Jenis AKDR menurut Handayani (2010:140-141)

dikategorikan menjadi 2 yaitu:

1) AKDR non hormonal

(a) Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi 2 yaitu :

(1) Bentuk terbuka (*open device*)

Misalnya: Lippes, Cu T, Cu-7, Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T.

(2) Bentuk tertutup (*closed device*)

Misalnya : Ota-Ring, Atigon, Graten Berg Ring.

(b) Menurut tambahan atau metal

(1) Medicated IUD

Misalnya: Cu T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu T 220 (daya kerja 3 tahun), Cu T 300 (daya kerja 3 tahun), Cu T 380 (daya kerja 8 tahun), Cu-7, Nova-T (daya kerja 5 tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun).

(2) Un Medicated IUD

Misalnya: Lippes Loop, Marguiles, Saf-T Coil, Antigon.

2) AKDR hormonal

(a) Progestasert-T = Alza T

Panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan 2 lembar benang ekor warna hitam. Mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65



mcg progesteron per hari. Tabung insersi terbentuk lengkung.

Teknik insersi : plunging (*modified withdrawal*).

(b) LNG-20

Mengandung 46-60 mg levonorgestrel, dengan pelepasan 20 mcg per hari. Penghentian pemakaian oleh karena persoalan-persoalan perdarahan ternyata lebih tinggi dibandingkan IUD lainnya, karena 25% mengalami amenorea atau perdarahan haid yang sangat sedikit.

c) Cara Kerja

Menurut Affandi (2012:MK-81):

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke dalam tuba falopii.
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) AKDR bekerja terutama untuk mencegah sperma dan ovum bertemu walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan untuk fertilisasi.

4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

d) Keuntungan

- 1) Sebagai alat kontrasepsi, efektivitasnya tinggi (0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam tahun pertama).
- 2) AKDR dapat efektif setelah pemasangan.
- 3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- 4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- 6) Dapat meningkatkan kenyamanan hubungan seksual karena tidak perlu takut hamil.
- 7) Tidak ada efek samping hormonal.
- 8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- 9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesaat setelah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- 10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- 11) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.

(Saifuddin, 2008:123)

e) Kerugian

- 1) Tidak dapat mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- 2) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- 3) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas.
- 4) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan untuk pemasangan AKDR.
- 5) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri.
- 6) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera setelah melahirkan).
- 7) Tidak dapat mencegah kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
- 8) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini, klien harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini (Saifuddin, 2008:123).

## f) Keuntungan setelah pemasangan

- 1) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari Cu-T-380A dan tidak perlu diganti). Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi. Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan atau 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- 2) AKDR dapat efektif segera.
- 3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat.
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- 5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 6) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (Cu-T-380A).
- 7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- 9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- 10) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- 11) Membantu mencegah kehamilan ektopik.
- 12) IUD sangat efektif, (efektivitasnya 92-94%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti hanya pil. Tipe



multiload dapat dipakai sampai 4 tahun Nova T dan Copper T 200 (CuT-200) dapat dipakai 3-5 tahun, Cu-T 380A dapat untuk 8 tahun.

- 13) Kegagalan rata-rata 0,8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian

(Saifuddin, 2008:123)

g) Indikasi

- 1) Usia reproduktif.
- 2) Keadaan nulipara.
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- 4) Ibu menyusui yang menginginkan kontrasepsi.
- 5) Pascasalin dan ingin menyusui bayinya.
- 6) Pasca keguguran dan tidak terlihat adanya infeksi.
- 7) Resiko rendah IMS.
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal.
- 9) Tidak perlu untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari pascasenggama.
- 11) Perokok (BKKBN, 2006:MK-76).

h) Kontraindikasi

- 1) Sedang hamil atau diduga hamil.

- 2) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servivitis).
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus sepsitik.
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
- 6) Menderita TBC pelvik.
- 7) Menderita kanker alat genital.
- 8) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

(BKKBN, 2006:MK-77)

i) Efek Samping

- 1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- 2) Haid lebih lama dan banyak
- 3) Perdarahan (*spotting*) antarmenstruasi
- 4) Saat haid lebih sakit

(BKKBN, 2006:MK-75)

j) Waktu Pemasangan AKDR

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil.
- 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.

- 3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan; setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL).
- 4) Setelah menderita abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi.
- 5) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi (BKKBN, 2006:MK-80).

#### 5. Kontrasepsi Mantap

##### a) Tubektomi

##### 1) Pengertian

Tubektomi merupakan metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin hamil lagi. Diperlukan prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2012:MK-89).

Tubektomi merupakan metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka pendek maupun jangka panjang. Efektivitas tubektomi:

- (a) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(b) Ada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan( 18-19 per 1000 perempuan).

(c) Efektivitas kontraseptif terkait dengan teknik tubektomi (penghambatan atauoklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Affandi, 2012:MK-89).

## 2) Keuntungan

Keuntungan tubektomi adalah mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium. Resiko tubektomi: walaupun jarang, tetapi dapat terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anestesi. Penggunaan anestesi lokal sangat efektif mengurangi resiko yang terkait dengan tindakan anestesi umum (Affandi, 2012:MK-89).

## 3) Indikasi

(a) Pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi.

(b) Ibu pascasalin.

(c) Ibu yang sedang menyusui.



- (d) Tidak ingin menggunakan kontrasepsi yang harus dipakai atau disiapkan setiap waktu.
- (e) Perempuan dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan.
- (f) Pengguna kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola haid.

(Affandi, 2012:MK-90)

4) Profil tubektomi:

- (a) Sangat efektif dan permanen
- (b) Tindakan pembedahan yang aman dan sederhana.
- (c) Tidak memiliki efek samping.
- (d) Konseling dan *informed consent* (persetujuan tindakan) mutlak diperlukan.

(Affandi, 2012:MK-90)

5) Manfaat tubektomi

- (a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
- (b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (*breastfeeding*)
- (c) Tidak bergantung pada faktor senggama.
- (d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius.

- (e) Pembedahan sederhana, bisa dilakukan dengan anastesi local.
- (f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.
- (g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormone ovarium).

(Affandi, 2012:MK-91)

6) Keterbatasan tubektomi

- (a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi.
- (b) Klien dapat menyesal dikemudian hari.
- (c) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).
- (d) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (e) Dilakukan oleh dokter terlatih (dokter spesialis ginekologi atau spesialis bedah untuk proses laparoskopi).
- (f) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk BBV dan HIV/AIDS.

(Affandi, 2012:MK-91)

7) Indikasi

- (a) Usia > 26 tahun.

- (b) Paritas > 2.
- (c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
- (d) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
- (e) Pascakeguguran.
- (f) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini (Affandi, 2012:MK-92).

8) Kontraindikasi

- (a) Hamil.
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).
- (c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- (e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilisasi di masa depan.
- (f) Belum memberikan persetujuan tertulis (Affandi, 2012:MK-92).

9) Waktu pemasangan

- (a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.

(b) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi).

(c) Pascapersalinan,

(1) Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.

(2) Laparoscopi: tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan.

(d) Pasca keguguran,

(1) Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoscopi).

(2) Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja)

(Affandi, 2012:MK-93)

b) Vasektomi

1) Pengertian

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang



klien sesuai untuk menggunakan metode ini  
(Affandi, 2012:MK-95).

## 2) Profil Vasektomi

- (a) Sangat efektif.
- (b) Tidak ada efek samping jangka panjang.
- (c) Tindak bedah yang aman dan sederhana.
- (d) Efektif setelah ejakulasi 20 kali atau 3 bulan.

(Affandi, 2012:MK-98)

## 3) Efektivitas

- (a) Setelah masa pengosongan sperma dari vasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- (b) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisi sperma) atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- (c) Setelah 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan.
- (d) Bila terjadi kehamilan pascavasectomi, kemungkinan adalah:

- (1) Pengguna tidak menggunakan metode tambahan (barier) saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi.
- (2) Oklusi vas deferens tidak tepat.
- (3) Rekanalisasi spontan.

(Affandi, 2012:MK-95)

4) Manfaat

- (a) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang.
- (b) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi (Affandi, 2012:MK-95).

5) Keterbatasan

- (a) Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- (b) Bila tidak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari.
- (c) Perlu pengosongan depot sperma di vasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi.
- (d) Resiko dan efek samping pembedahan kecil.
- (e) Ada nyeri atau rasa tidak nyaman pascabedah.
- (f) Perlu tenaga pelaksana terlatih.

(g) Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HBV, HIV/AIDS).

(Affandi, 2012:MK-95)

6) Efek Samping

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk superficial, jarang sekali menimbulkan resiko merugikan pada klien (Affandi, 2012:MK-95).

7) Indikasi

- (a) Usia reproduksi (biasanya < 50)
- (b) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilitas, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen.
- (c) Yang istrinya memiliki masalah usia, paritas atau kesehatan yang jika hamil dapat menyebabkan resiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwanya.
- (d) Yang memahami asas sukarela dan memberi persetujuan tindakan medis untuk prosedur tersebut.
- (e) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

(Affandi, 2012: MK-96-97)

## 8) Komplikasi

(a) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur sedang berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan.

Komplikasi selama prosedur bisa berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain yang berlebihan terhadap anyaman pembuluh darah di sekitar vas deferens.

(b) Komplikasi pascatindakan dapat berupa hematoma skotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi, epididimitis, atau peradangan kronik granuloma di tempat insisi. Penyulit jangka panjang yang bisa mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibodi sperma (Affandi, 2012:MK;95-101).





## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

### 2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

#### A. Data Subyektif

Menurut Nursalam (2008:46) data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

##### 1. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti:

- a) Nama: Untuk dapat mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011:162).
- b) Usia/tanggal lahir: Ibu hamil usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (antara 20 sampai 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadi keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis (Manuaba, 2010:235-236).
- c) Agama: sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010:117).

- d) Pendidikan terakhir: sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba, 2010:117).
- e) Pekerjaan: data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Varney, 2007:534).
- f) Suku/bangsa: data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Marmi, 2011.155).
- g) Alamat: selain sebagai data mengenai distribusilokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Marmi, 2011.155).

## 2. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang menyebabkan ibu memeriksakan diri, biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan (Manuaba, 2009:2). Keluhan utama pada ibu hamil adalah sebagai berikut: rasa mual-muntah, pusing/sakit kepala, kelelahan, insomnia/susah tidur, sering buang air kecil, konstipasi/sembelit, gatal-gatal, nyeri ulu hati, nyeri sendi,

nafas sesak, bengkak pada tangan dan kaki, dan kram kaki (Hidayat, 2008: 120).

### 3. Alasan datang

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, 2010:87).

### 4. Riwayat Menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungan, meliputi hal-hal berikut ini:

- a) Umur menarche
- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- c) Lamanya
- d) Jumlah darah yang keluar
- e) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- f) HPHT, lama dan jumlahnya normal

Menurut Mochtar (2012:35), wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegele:

$TTP = (\text{hari HT}+7) \text{ dan } (\text{bulan HT}-3) \text{ dan } (\text{tahun HT}+1)$  untuk siklus 28 hari +x hari

Menurut Sunarti (2013:64) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertama haid normal terakhir 2

Februari, caranya, tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

- g) Disminorhea
- h) Perdarahan uterus disfungsi, misalnya spotting, menoragia, dan lalin-lain.

i) Penggunaan produk sanitari (misalnya celana dalam, pembalut)

j) Sindrom syok keracunan

k) Sindrom premenstrual

(Hani, 2011:89)

#### 5. Riwayat Obstetri

a) Gravida/Para

b) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)

c) Kehamilan yang lalu

1) Tanggal persalinan

2) Usia gestasi

3) Tempat lahir

4) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)

5) Masalah obstetrik, medis dan sosial yang lain, dalam kehamilan (Preeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-



lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya.

- 6) Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu dengan riwayat infeksi uterin, rasa nyeri yang berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:198).

Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pempinan persalinan, karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Hani,2011:89).

#### 6. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling

tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi yang lebih baik (Rukiyah, 2009:145).

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014:37):

a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan.

Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir.

b) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III. Untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.

c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani, 2008:18). *Quickening* atau *feeling life* (persepsi gerakan janin pertama) biasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu (primigravida) atau 16 minggu (multigravida) (Pantikawati, 2010:52).

d) Dimana ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan (Winkjosastro, 2007:45).

e) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu (Winkjosastro, 2007:46).

f) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikosisnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi seorang ibu (Retna, 2008:53).

#### 7. Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan (Hani, 2011:90).

#### 8. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit keluarga dikaji untuk mengetahui adakah riwayat penyakit menurun atau menular, adakah riwayat kembar atau tidak (Saifuddin, 2012:51).

- a) Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati)
- b) Kanker
- c) Penyakit jantung
- d) Hipertensi
- e) Diabetes
- f) Penyakit ginjal
- g) Penyakit jiwa

- h) Kelainan bawaan
  - i) Kehamilan ganda
  - j) TB (Tuberkulosis)
  - k) Epilepsi
  - l) Kelainan darah (anemia dan lain-lain)
  - m) Alergi
  - n) Kelainan genetic
  - o) Riwayat keturunan kembar  
(Hani, 2011:88-89)
9. Pola Fungsi Kesehatan

a) Nutrisi

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang). Menurut Saiffudin (2011:286) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan yaitu:

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya Pre-eklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.



## 2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 8,5 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan), atau hewani (ayam, ikan, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema.

## 3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagian pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium menyebabkan ricketsia pada bayi atau osteomalasia pada ibu.

## 4) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500  $\mu\text{g}$ , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu

hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

#### 5) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Tabel 2.11  
Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi	Kebutuhan tidak hamil/hari	Tambahan kebutuhan hamil/hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gram	8-12 gram
Lemak	53 gram	Tetap
Fe	28 gram	2-4 gram
Ca	500 mg	60 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gram	40 mg
Asam folat	180 gram	400 gram

Sumber: Marmi, 2013:201

Tabel 2.12  
Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil

Bahan makanan	Porsi hidangan sehari	Jenis hidangan
Nasi	5 + 1 porsi	Makan pagi: nasi 1,5 porsi (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkok dan buah 1 potong sedang.
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	Makanan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Daging	3 potong	
Susu	2 gelas	Makan siang: nasi 3 porsi (300 gram), dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Minyak	2 gelas	
Gula	2 sendok makan	Makan malam: nasi 2,5 porsi (259 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas

Sumber: Marmi, 2013:201

#### b) Pola Eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gestasional sehingga menurunkan tonus dan motility lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltic usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi. Penekanan kandung kemih karena pengaruh Hormon estrogen dan progesterone sehingga menyebabkan sering buang air kecil (Rukiyah, 2009:105-106).

#### c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskulusketa: Persendian sakro-iliaka, sakro koksigia dan pubik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligament dan pelvik, cara berbaring, duduk, berjalan,

berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah, 2009:107).

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu (Manuaba, 2010:132). Kontraindikasi senam hamil yaitu ibu yang memiliki riwayat keguguran berulang, kehamilan dengan perdarahan dan kehamilan dengan bekas operasi, persalinan belum cukup bulan, pada kasus infertilitas, usia saat hamil relatif tua (primi tua). Selain itu, ibu yang kondisinya tidak cukup sehat menurut dokter atau bidan tidak diperbolehkan mengikuti senam hamil (Manuaba, 2010:135).

Menurut Varney (2007:202), seorang wanita dianjurkan untuk jalan-jalan selama 20-30 menit di pagi hari. Menurut Saifuddin (2009:287), ibu hamil jangan mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan.

Menurut Manuaba (2010:144), ada beberapa penggerakan yang dilarang atau dicegah, diantaranya adalah bekerja berat, mudah menimbulkan kelelahan



yang akan mengurangi kesehatan wanita yang memang sudah menurun karena adanya kehamilan, melonjak, meloncat atau mencapai benda tinggi harus dicegah pula, serta bepergian jauh dengan kendaraan yang banyak bergerak.

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakan beberapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur betulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah, 2009:106).

e) Pola Seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan premature maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga bukan terakhit, Kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri (Farrer, 2010:90-91).

f) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan (Saifuddin, 2009:95).

g) Riwayat Keteregantungan

1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa di transfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epineprin, dan CO<sub>2</sub> meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia (Marmi, 2011:268).

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial jangka

panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:268).

### 3) Obat Terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi berisiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011:268).

### 10. Riwayat Psikososial dan budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertamakali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyawati, 2010:101).

## **B. Data Obyektif**

### 1. Pemeriksaan Umum

#### a) Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah:

- 1) Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara

fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

- 2) Lemah: Pasien dimasukkan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010:102).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadat) (Sulistyawati, 2010:102).

c) Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal peretengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg. Berisiko mengalami pre-eklamsia (Marmi, 2014:163). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik,



lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat pre-eklamsia (Manuaba, 2012:265).

2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai *hipotridisme* jika denyut nadi > 100x/menit (Marmi, 2011:163).

3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5 °C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5 °C perlu waspada adanya infeksi (Romauli, 2011:173).

4) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit (Romauli, 2011:173).

5) Antropometri

(a) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah  $\geq 145$  cm (Marmi, 2014:163).

## (b) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu (Manuaba, 2012:95). Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Fraser *et al*, 2009: 254).

Menurut Saifuddin (2010:80), rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.13 sebagai berikut:

Tabel 2.13  
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 - 11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemelli		16 - 20,5

Sumber : (Saifuddin. 2010:80)

## (c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah *Kurang Energi Kronis*

(KEK) (Jannah, 2012:136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011: 173).

## 2. Pemeriksaan Fisik

### a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:173).

#### 1) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:174). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010:543).

## 2) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174).

## 3) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih/tidak, ada polip/tidak, ada pernapasan cuping hidung/tidak (Varney, 2007:332).

## 4) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau kerosok menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174). Gusi cenderung berdarah akibat hiperemia pada pertengahan kehamilan (Varney, 2007:218).



## 5) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011:174).

## b) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Konsentrasi plasma hormone paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Fungsi hormone ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat, produksi peotide pada janin, plasma dan ibu (Saifuddin, 2009). Hipotiroidisme sulit dideteksi selama masa hamil karena banyak gejala hipotiroidisme seperti keletihan, penambahan berat badan dan konstipasi yang menyerupai gejala-gejala kehamilan (Marmi, 2011:69). Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak di temukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

## c) Dada/payudara

- 1) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia
- 2) Kesimetrisan gerak napas

- 3) Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)
- 4) Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)
- 5) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *sprlitting*, gesekan, *thrill*)
- 6) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atau tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan putting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH)

(Romauli, 2011:174)

d) Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, *striae*, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010:103).

- 1) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit disebut *takikardi* (Romauli, 2011:174).

- 2) Ukuran janin
- 3) Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm)  $-n \times 155 = TBJ$ ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka  $n=12$ . Bila kepala di atas *ischiadica* maka  $n=11 = 11$  (Varney, 2011:530).

Tabel 2.14  
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ( $\pm 2$ cm)	-
28 minggu	28 cm ( $\pm 2$ cm)	Ditengah antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ( $\pm 2$ cm)	-
36 minggu	36 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber: Saifudin, 2014; 93

Tabel 2.15  
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba dkk, 2010; 89

#### 4) Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2012:41) cara untuk menentukan tuanya kehamilan antara lain:

- (a) Dihitung dari hari peertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.
- (b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “feeling life” (*quickening*).
- (c) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan.
- (d) Menurut Manuaba (2010:120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.16

Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

TFU	Usia kehamilan
3 jari diatas pusat	28 minggu
Pertengahan px dan pusat	32 minggu
Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px	36 minggu
Pertengahan px dan pusat	40 minggu

Sumber: Manuaba dkk, 2010: 120



(e) Menurut Manuaba (2010:128), menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu:

(1) mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu;

(2) memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36;

(3) mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparietal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin;

(4) mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

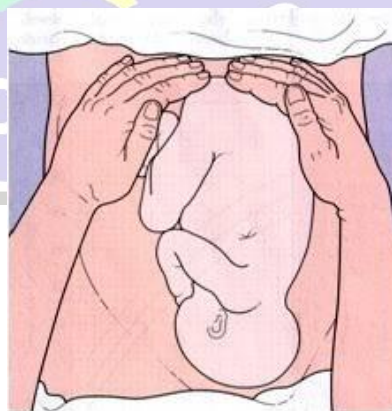
#### 5) Pemeriksaan Khusus (Letak dan Presentasi)

Letak dan presentasi dapat diketahui menggunakan palpasi. Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan adalah Leopold, yaitu:

(a) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus.

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010:118). Menurut Marmi (2011:167) langkah-langkah pemeriksaan leopold I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat keara muka penderita
- (3) Rahim dibawah ke tengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan



Gambar 2.7  
Leopold I

Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (diakses 23 Januari 2019)

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.17  
TFU berdasarkan leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Jannah, 2017:84

(b) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan.

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Menurut Marmi (2011:167-168) langkah-langkah leopold II yaitu:

- (1) Kedua tangan pindah ke samping
- (2) Tentukan dimana punggung anak.

Punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan besar.

Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

Variasi Buddin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012:119)



Gambar 2.8  
Leopold II

Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (diakses 23 Januari 2019)

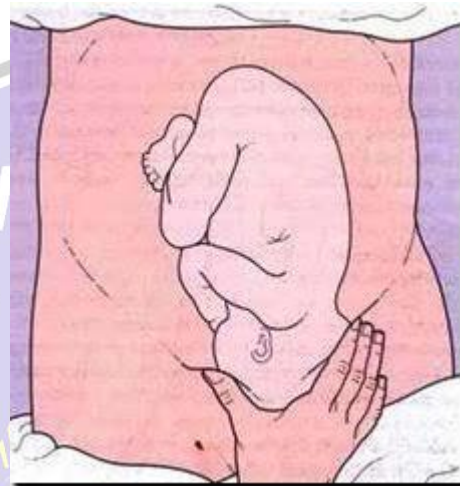
(c) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul.

Menurut Marmi (2011:168), langkah-langkah memeriksakan leopold III yaitu:

(1) Dipergunakan satu tangan saja



- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan



Gambar 2.9  
Leopold III

Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (diakses 23 Januari 2019)

- (d) Leopold IV : Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP.

Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010:119).

Menurut Marmi (2011:168) langkah-langkah menentukan Leopold IV yaitu:

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.



Gamabr 2.10  
Leopold IV

Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (diakses 23 Januari 2019)

(e) Perlimaan

Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:

- 1) 5/5 bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
- 2) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- 3) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- 4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan).
- 5) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.

- 6) 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat di raba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (pelatihan APN Buku Acuan, 2008).

Tabel 2.18  
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
4/5	H <sub>I-II</sub>	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H <sub>II-III</sub>	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	H <sub>III</sub> <sup>+</sup>	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	H <sub>III-IV</sub>	Kepala di dasar panggul
0/5	H <sub>IV</sub>	Di perineum

Sumber: Saifuddin, 2014: N-1.

(f) Osborn Test

Menurut Winkjosastro (2007:231) tujuan osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (disporsi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan tes osborn ini adalah sebagai berikut:

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP



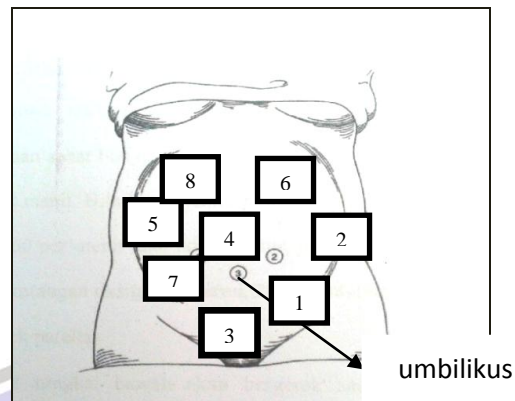
Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osborn adalah negatif. Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diukur dengan dua jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari maka hasil tes osborn adalah positif. Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu. Dengan penambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (mooulase) Winkjosastro, 2007:231).

Cara lain apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah negatif, apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu, apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka hasil tes osborn positif (Winkjosastro, 2007:231).

(g) Pemeriksaan Denyut Jantung

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia

kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011; 171). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Romauli, 2011:180).



Gambar 2.11

Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26 Gestasi

Sumber: Wheeler, 2007:145

**Keterangan :**

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada pada pertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajier yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung diatas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

**e) Anus**

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Geger, 2007:539). Derajat hemoroid dibagi 4 yaitu:

Derajat 1: benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB.

Derajat 2: benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar.

Derajat 3: benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukkan keluar lagi.

Derajat 4: benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010:165).

f) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus dan pertumbuhan abnormal (*kandiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus*). Pada palpasi vulva akan teraba mayus dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini. (Manuaba 2012:537).

g) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena kava



inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia (Marmi, 2014:136). Bila bawah bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila geraknya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011:176).

### 3. Pemeriksaan Penunjang

#### a) Pemeriksaan Laboratorium

##### 1) Pemriksaan Darah

##### (a) Haemoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan *Haeomoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang jika 7-8 g%, anemia berat jika Hb < 7 g% (Manuaba, 2012:139).

##### (b) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau

trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser dan Cooper, 2009:255).

(c) HBsAg

Pemeriksaan *serologi* (pemeriksaan serum darah untuk mendeteksi penyakit tertentu) yang bermanfaat untuk mendeteksi *antigen* virus hepatitis B. Hasil HBsAg yang positif menandakan bahwa sedang terjadi infeksi virus hepatitis B baik secara akut maupun kronis. Hepatitis B sendiri merupakan penyakit yang harus diwaspadai karena berpotensi menimbulkan kerusakan hati sampai dengan kerusakan hati (*sirosis*hati/kanker hati) bila berlangsung secara kronis. Kondisi ini juga dapat ditularkan dari ibu kejanin sehingga seringkali diperiksakan saat merencanakan kehamilan, saat hamil ataupun saat akan

melahirkan. Bila seorang ibu yang hamil dilakukan pemeriksaan HBsAg dan hasil pemeriksaan tersebut reaktif, maka segera setelah persalinan bayi akan membutuhkan suntikan vaksinasi hepatitis B dan HBIG (hepatitis B immunoglobulin) dalam waktu kurang dari 12 jam sejak dilahirkan guna mencegah penularan virus ini. Semakin lama vaksin diberikan maka efektifitasnya akan semakin menurun (Fraser dan Cooper, 2009:255).

#### (d) HIV/AIDS

Tes HIV dilakukan untuk mendiagnosis seseorang yang baru terinfeksi, untuk mengidentifikasi infeksi yang sebelumnya tidak dikenal, dan untuk meringankan pikiran orang-orang yang tidak terinfeksi. Sangat penting untuk melakukan tes hiv pada wanita hamil untuk mengurangi penularan HIV dari ibu ke bayi. Tes HIV biasanya dilakukan dengan dua proses. Proses tes HIV pertama adalah untuk menguji antibodi dalam darah atau air liur. Jika tes HIV ini positif, tes HIV kedua disebut

Western blot dilakukan untuk memastikan bahwa hasil tes HIV pertama adalah benar. Biasanya tes hiv dilakukan dengan jalan tes darah di puskesmas, rumah sakit, atau klinik. Tes HIV ini dilakukan dengan cara mengambil sample darah pasien. Darah pasien diambil menggunakan jarum suntik sekali pakai, jika tes HIV ini menunjukkan hasil yang positif, maka darah pasien akan diambil sekali lagi, tes HIV akan dilakukan lagi dengan metode tes HIV yang berbeda untuk mendapatkan hasil tes HIV yang lebih akurat (Fraser dan Cooper, 2009:255).

## 2) Pemeriksaan Protein Urine

Pemriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-), ada kekeruhan tanpa butir-butir (+), kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) , kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping-keping besar atau bergumpal (++++) (Romauli, 2011:187-188).



### 3) Pemeriksaan Reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang paling sering digunakan adalah metode *Fehling* (Romauli, 2011:188).

#### b) Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini. Periksa dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksa dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan. Periksa dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul (Sinsin, 2008: 50-51).

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda

piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

- 1) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.
- 2) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.
- 3) Bagian terendah janin yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.
- 4) Perabaan forniks yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas.

(Manuaba, 2009:34)

c) Pemeriksaan Panggul Luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang

digunakan adalah jangka panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudelogue*, dan lain-lain (Yulaikhah, 2008:16).

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut:

1) Distansia spinarum (24-26 cm)

Jarak antara kedua spina illiaca anterior superior sinistra dan dekstra (Yulaikhah, 2008:16).

2) Distansia kristarum (28-30 cm)

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista illiaca sinistra dan dekstra. Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patologi panggul (Yulaikhah, 2008: 17).

3) Konjugata eksterna (*boudelogue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spinosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Yulaikhah, 2008:17).

4) Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. untuk mengukurnya dipakai *oscander*. Angka yang ditunjuk jangk harus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangka. Jika jarak ini kurang

dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari  $90^\circ$  (Yulaikhah, 2008:17).

d) Ultrasonografi

Menurut Romauli (2011:72), penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

- 1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS: gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- 2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI=*Groun Rum Length*) untuk mengukur umur kehamilan 7-14 minggu.
- 3) Dengan mengukur diameter bipareteral (BPD) untuk kehamilan lebih 12 minggu.

e) *NST (Non Stress Test)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiograf*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD:FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011;190).

f) Kartu Skor Pordji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR).



Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter (Kemenkes, 2014:12).

### C. Analisis/Diagnosa Kebidanan

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2017 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah yang tepat. Dengan kriteria:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa :  $G_{1/>1}P_{APIAH}$  usia kehamilan 28-40 minggu tunggal intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokonng, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123).

Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney dkk, 2007:538-543).

#### D. Perencanaan

Diagnosa Kebidanan: G<sub>1</sub>>1P<sub>APIAH</sub> usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123).

Tujuan : Ibu dan janin, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran *Composmentis*
3. Tanda-tanda vital normal:
  - Tekanan darah :100/70 mmHg
  - Nadi :76-88x/menit
  - Suhu :36,5-37,5<sup>0</sup>C
  - Respirasi Rate :16-24x/menit
4. Pemeriksaan Laboratorium
  - Hb ≥ 11% gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
5. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur
6. TFU sesuai dengan usia kehamilan
7. Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:554-556)

yaitu:

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

2. Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III meliputi perdarahan pervaginam, demam, sakit kepala hebat, odema, ketuban pecah dini.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

3. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, perslan higien, aktivitas, hubungan seksual perawatan payudara.

R/ Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar

4. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi:Hipertensi, pre-eklamsia, ketuban pecah dini, dll yang mengindikasi pentingnya menghubungi tenaga kesehata dengan segera.

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kehamilan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

R/ Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta

meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011:128)

6. Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan

R/ Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

7. Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/ Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

Potensi masalah:

1. Masalah I: Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen).

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Vrnev, Kriebs dan Gegor(2007:540)

a) Jelaskan penyebab edema

R/ Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelviks ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

b) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak di tinggikan.

R/ Mengurangi penekanan pada vena dalam panggul



c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan tekanan pada vena dalam panggul

d) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas

e) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset pada abdomen maternal

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul.

## 2. Masalah 2: Nokturia

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria :

a) Ibu BAK 7-8x/ hari terutama siang hari

b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Manuaba (2010:321)

a) Jelaskan pada ibu terjadinya sering kencing.

R/ Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

b) Anjurkan ibu untuk mrnghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

d) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan akan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kecil

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

3. Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/hari

Intervensi menurut Pantiawati (2009: 112)

a) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB teratur

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R/ Makanan tinggi serat menjadikan fese tidak terlalu padat, keras

c) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

d) Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot bagian bawah secara teratur.

R/ Mengidentifikasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

4. Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

- a) BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak
- b) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Geger (2007:539)

- a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses

- b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun pagi.

R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltic usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

- c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/ Olahraga dapat melancarkan peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk pencernaan.

d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering memivu terjadinya hemoroid.

e) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

R/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi

f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

5. Masalah 5 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologi (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria : Kram pada kaki berkurang dan ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Romauli (2007:130)

a) Jelaskan penyebab kram kaki.

R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/ Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O<sub>2</sub> ke jaringan sel terpenuhi.



c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan *massage*.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/ Mengurai penekanan yang lama pada kaki sehingga sirkulasi darah lancar.

e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup beristirahat.

R/ Otot-otot bisa re;aksasi sehingga kram berkurang.

f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

6. Masalah 6 : Sesak napas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan ketidaknyamanan dan kebutuhan O<sub>2</sub> ibu terpenuhi

Kriteria :

a) Frekuensi pernapasan 14-24x/menit

b) Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Salehah (2009:543)

a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak napas.

R/ Ibu mengerti penyebab sesak napas yaitu karna membesarnya uterus.

- b) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/ Menghindari penerkanan diafragma

- c) Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ Merelaksasi otot-otot

- d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/ Aktifitas berat menyebabkan energy yang digunakan banyak dan menmbah kebutuhan O<sub>2</sub>.

- e) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala

R/ Penegangan tulang meringankan penarikan napas.

7. Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria :

- a) Pusing berkurang  
 b) Kesadaran *composmentis*  
 c) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Rukiyah (2008:314)

- a) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

- b) Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur

- c) Anjurkan ibu untuk menghindari beridri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O<sub>2</sub> karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

8. Masalah 8 : Nyeri punggung

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung)

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2008:432)

- a) Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukan kaki.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung.

Melebakan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit didepan dari posisi setengah jongkok.

- b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebrata lumbosakral dengan pengencangan otot-otot punggung.

c) Anjurkan tidur miring ke kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

d) Gunakan sepatu tumit rendah

R/ Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

e) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal

R/ Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

9. Masalah 9 :Varices

Tujuan :Tidak terjadi varices atau tidak bertambah parah

Kriteriaa : Tidak terdapat Varices

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Geger (2007:540)

a) Kenakan kaus kaki penyokong

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena menurunkan risiko terjadinya varises.

b) Hindari mengenakan pakaian berat



R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilangkak saat duduk

R/ Meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varices

d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur .

R/ Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

10. Masalah 10 : Panas dan nyeri ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria :

a) Tidak kembung

b) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Sulistyawati (2012:105)

a) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi *sphincter esophagus* bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang *sphincter*, kemampuan gerak serta tonus gastri intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ Ibu mengerti penyebab timbulnya nyeri dan panas ulu hati sehingga tidak cemas lagi

- b) Anjurkan ibu makan porsi sedikit tapi sering

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

- c) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang dan pedas.

R/ Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meingkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

- d) Hindari rokok, kopi, alkohol dan coklat

R/ Karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan jalin dalam rahim

- e) Hindari berbaring setelah makan

R/ Bila setelah makan langsung berbarig maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan mual.

- f) Hindari minum selain air putih

R/ Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

- g) Tidur dengan kaki ditegakan

R/ Memperlancar aliran darah *uteroplasenter*. sehingga janin tidak mengalami *fetal distress*.

- h) Berikan antasida

R/ Antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada.

11. Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria :

- a) Ibu tampak tenang dan rileks
- b) Ibu tampak tersenyum
- c) Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi menurut Romauli (2007:97-98)

a) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/ Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal

b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

c) Anjurkan ibu menatalaksanakan relaksasi progresif

R/ Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan

12. Masalah 12 : Insomnia

Tujuan : Ibu dapat tidur dan beristirahat dengan baik

Kriteria :

- a) Ibu tampak tenang dan rileks
- b) Ibu tampak tersenyum
- c) Suami dan keluarga memberi semangat

Intervensi menurut Saifuddin (2008:144)

- a) Tinjau ulang kebutuhan ibu perubahan tidur normal berkenaan dengan kehamilan. Tinjau pola tidur saat ini.

R/ Membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk menetapkan pola tidur yang berbeda.

- b) Evaluasi tingkat kelelahan

R/ Peningkatan retensi cairan, penambahan berat badan dan pertumbuhan berat janin, semua memperberat perasaan lelah, khususnya multipara.

- c) Kaji terhadap insomnia dan respon ibu terhadap penurunan tidur, serta teknik relaksasi, membanca, mandi air hangat dan penurunan aktivitas sebelum tidur.

R/ Aktivitas yang berlebihan, kegembiraan, ketidaknyamanan fisik dan aktivitas janin dapat mempersulit tidur.

- d) Perhatikan kesulitan bernapas karena posisi, anjurkan pada posisi *semi flower*.

R/ Pada posisi *recumbent*, pembesaran uterus, serta organ *abdomen* menekan *diafragma*, sehingga membantu



*expansi* paru. Penggunaan posisi *semi flower* memungkinkan *diafragma* menurun, membantu mengembangkan *ekspansi* paru lebih optimal.

- e) Kolaborasi pemeriksaan labolatorim terhadap sel darah merah dan kadar *hemoglobin* (Hb).

R/ Anemia dan penurunan kadar Hb/SDM/*vertigo* mengakibatkan penurunan oksigenasi jaringan serta mempengaruhi perasaan letih yang akan mengganggu pola tidur ibu.

- f) Rujuk ibu untuk konseling bila kekurangan tidur atau mengalami kelelahan yang mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari.

R/ Mungkin perlu bagi ibu menghadapi perubahan siklus tidur sampai terjaga, mengidentifikasi prioritas yang tepat dan memodifikasi komitmen.

- g) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester III.

R/ Membantu ibu memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia karena pembesaran uterus trimester ketiga.

- h) Anjurkan ibu untuk melaksanakan posisi miring saat tidur. Perhatikan keluhan *nokturia*.

R/ Meningkatkan peruse ginjal

- i) Anjurkan ibu untuk menghindari posisi tegak dalam waktu yang lama.

R/ Posisi ini memungkinkan terjadinya sindrom vena kava dan menurunkan aliran vena.

- j) Berikan informasi mengenai perlunya masukan cairan 6-8 gelas /per hari, pengurangan masukan 2-3 jam sebelum beristirahat dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang

R/ Mempertahankan tingkat cairan dan perfusi adekuat, yang mengurangi natrium diet, untuk mempertahankan status isotonik

- k) Berikan informasi mengenai penghilangan natrium dari diet.

R/ Kehilangan atau pembatasan natrium dapat sangat menekan regulator rennin-angiotensin-aldosteron dari kadar cairan, mengakibatkan dehidrasi atau *hipovolemia* berat.

- l) Tes urine *mindstream* untuk memeriksa albumin

R/ Dapat mengidentifikasi *spasme glmerulus* atau penurunan perfusi ginjal berkenaan dengan hipertensi akibat kehamilan.

## E. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sehingga sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya
3. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien dalam setiap tindakan
5. Menjaga privasi klien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

(Kepmenkes RI, 2007:6).

## F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi segera setelah selesai melakukan asuhan kepada klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien.

## G. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2008). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S: data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O: data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.



## 2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

### A. Data Subyektif

#### 1. Biodata

a) Nama : Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati, 2011:220).

b) Umur : Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney, 2008:691).

c) Agama : Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2011:221).

d) Pendidikan : Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009:130).

e) Pekerjaan : Mengetahui pekerjaan ibu, gunannya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Amabarwati, 2009:130).

f) Suku/bangsa : Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Silistyawati, 2011:221).

g) Alamat : Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Eny, 2010:132).

## 2. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai merasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lender bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesehatannya (Sulistyawati, 2011:221).

Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan seperti: pinggang terasa sakit menjalar ke depan, mengeluarkan lender dan darah, mengeluarkan cairan (air ketuban) (Sulistyawati, 2010:33).

### 3. Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Penting untuk melakukan penapisan pada ibu secepatnya terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum (misal preeklamsia, anemia) atau muncul menyerupai tanda-tanda persalinan. (Verney, 2007:692). Berikut ini adalah kondisi medis dari beberapa kategori ini:

#### a) Diabetes mellitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubenia bayi baru lahir, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2009:851).

#### b) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan

tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum primer dan atonia uteri (Manuaba, 2010:240).

c) Hipertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabitualis)/partus prematurus, cacat bawaan, dan kretinismus pada janin lebih besar (Sarwono, 2009:526).

d) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinya persalinan premature, solusio plasenta, dan perawatan bayi di NICU (Saifuddin, 2009:847-850).

e) Epilepsi

Pada umumnya epilepsi tidak dipengaruhi oleh kehamilan. Namun wanita hamil dengan epilepsi mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, bayi berat badan rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010:46).



f) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau keseruan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009:840).

g) HIV

Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009:933).

h) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh *treponema pallidum*. Transmisi *treponema* dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009:929).

i) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abrupcio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009: 322).

j) Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial fibrilasi.

Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saifuddin, 2010:769).

Stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu:

Kelas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

Kelas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).

Kelas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.

Kelas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan II (Saifuddin, 2010:769).

k) Gonorrhoe

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser *et al*, 2009: 371).

#### 4. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang di perlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen hereditas (Marmi, 2011:160). Kejadian kehamilan ganda di pengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:311).

#### 5. Riwayat kebidanan

##### a) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani,2014:140).



Riwayat menstruasi menurut (Marmi,2014:140):

- 1) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

- 2) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah  $28 \text{ hari} \pm 2 \text{ hari}$ , sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

- 3) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal taksiran persalinan. Bila siklus haid  $\pm 28$  hari, rumus yang di pakai adalah rumus neagle yaitu hari +7, bulan -3, tahun +1.

- b) Riwayat kehamilan

- 1) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) : Untuk mengetahui umur khamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang di hitung dengan rumus neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba,2010:58).

Dikaji tentang jumlah kunjungan. Jumlah kunjungan minimal empat kali (4x) yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatannya yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampilkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010:284).

Di kaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT dalam tubuhnya akan membentuk antibody tetanus. Jadwal imunisasi TT I ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin, 2007:91).

## 2) Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi

serviks (Fraser et al,2009:252). Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidak seimbangan hormone, atau inkmpetensi serviks (Fraser dkk,2009:252).

c) Persalinan yang lalu

1) Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Verney et al,2008:692).

2) Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastiakn keadukuatan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika di banding dengan perkiraan berat janin (Varney et al, 2008:692). Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan

ini (Verney et al, 2008:780). Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertical bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney et al, 2008:780).

d) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri di sebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba,2010:170).

e) Riwayat kelahiran bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalanya persalinan yang lampau



adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjosastro, 2010:134).

#### 6. Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang di gunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan di gunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014:126).

#### 7. Data fungsional kesehatan

##### a) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang di konsumsi klien, apakah sudah mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang di kandungnya. Selain maknan,berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma,2014:127).

Ibu diperbolehkan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makan dan minum selama persalinan

menyebabkan peningkatan resiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser et al, 2009:451).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan di keluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011:126).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung

anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011:128).

d) Istirahat dan tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh, 2009:106).

Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama
- 3) Aktivitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberi gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati, 2011:224).

e) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinnya. Beberapa pertanyaan yang perlu di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien:

- 1) Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi.
- 2) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati,2010:23)

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (*birthing pool*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser et al, 2009:442).

f) Pola seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011:128).

g) Riwayat ketergantungan

- 1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun



mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi, 2011:156).

## 2) Alkohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol jann dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang di akndungnya (Marmi, 2011:156).

## 3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011:156).

#### h) Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy, 2009:124).

#### **B. Data Obyektif**

##### 1. Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan umum dilakukan untuk mengetahui keadaan umum dan kesadaran, pengukuran tanda-tanda vital yang meliputi suhu, nadi dan pernafasan (Kementerian Kesehatan RI, 2010:13).

##### a) Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2011:226), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut:

- 1) Baik : Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan
- 2) Lemah : Pasien ini di masukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens (kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), spoor comatis (keadaan seperti teridur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa di bangunkan) (Sulistyawati, 2011:175).

c) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah (TD)

Tekanan darah meningkat selama kontraksi di sertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketinggian sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat di hindari (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:686). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011:129).

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, kriebs dan Gegor,



2007:687). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi,2011:129).

### 3) Suhu

Suhu tubuh ynsng normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5°C perlu di waspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:173).

### 4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney et al, 2007:687). Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser et al, 2009:453). Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:173).

### d) Pemeriksaan Antropometri

#### 1) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi faktor gangguan genetik. Tinggi badan haru di ukur pada saat

kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah  $\geq 145$ cm (Marmi, 2011:163).

## 2) Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah dan cairan ekstraselular. Di perkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2011:180).

## 3) LILA

Standar minimal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronik (KEK) (Janah,2012:136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah kualitas maknannya (Romauli, 2011:173).

## 2. Pemeriksaan fisik

### a) Kepala, rambut

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok atau tidak (Wiknjosastro, 2007:209). Untuk menilai warna rambut klien bersih/tidak, ada ketombe/tidak, rontok/ tidak (Manuaba, 2009:138).

### b) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema yang merupakan tanda klasik pre eklamsia (Verney et al, 2007:693). Oedema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka (Wiknjosastro, 2007:282).

### c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174).

d) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih/tidak, ada polip/tidak, ada pernapasan cuping hidung/tidak (Varney, 2007:332).

e) Mulut dan gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat caries atau tidak (Baety,2012:5). Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjogong, trauma jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (verney et al, 2008:719).

f) Telinga

Untuk mengetahui ketajaman pendengaran, letak, bentuk, tonjolan, lesi, warna, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, membrane timpani (Varney, 2007:332).

g) Leher

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskulrisasi (Saifuddin, 2010:186). Kelenjar



limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat mengakibatkan keguguran, persalinan prematuritas, dan cacat bawaan (Manuaba, 2012:340).

h) Dada

Normal apabila tidak ada retraksi dinding dada tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011:174).

1) Paru-paru

Untuk mengetahui kemungkinan penyakit paru, gagal jantung, gagal ginjal, hipoalbuminemia (Manuaba, 2007). Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011: 174).

2) Jantung

Jantung normal tidak berdetak cepat, bunyi jantung normal lup dup, tidak terdengar suara murmur (Varney, 2007:335).

### 3) Payudara

Menjelang proses persalinan, perlu dilakukannya pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering/berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inverse pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Verney et al, 2007:1051).

#### i) Abdomen

Lihat bentuk, bekas operasi, striae, linea, tinggi fundus uteri (TFU), hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, taksiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ), palpasi kandung kemih (Ari Sulistyawati, 2010:227).

Pemeriksaan abdomen digunakan untuk:

- 1) Menentukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi).

#### 2) Memantau kontraksi uterus

Pemantauan kontraksi uterus dilakukan waktu 10 menit. Kontraksi harus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi dan intensitasnya tetapi juga

hubungan ketiga faktor tersebut (verney et al, 2007:720). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(a) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008: 39).

(b) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008: 79).

(c) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008: 99).

## (d) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008: 99).

## 3) Memantau denyut jantung janin

Denyut jantung janin (DJJ) yang tidak normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit (Abdul Bari Saifuddin, 2010:415).

## 4) Menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong).

## 5) Menentukan penurunan bagian terbawah janin

Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:

(a) 5/5 bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.

(b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

(c) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.



(d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan).

(e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.

(f) 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (pelatihan APN Buku Acuan, 2008).

j) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012:184).

Vulva dan vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartolini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminata

atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011:131).

k) Anus

Periksa kebersihan pada anus adakah hemeroid atau tidak (Ari sulistyawati, 2010:78). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:753).

l) Ekstermitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hupavitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163). Oedema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia atau jari. Oedema pada kaki biasanya merupakan oedema dependen yang di sebabkan karena adanya penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney et al, 2007:693).

### 3. Pemeriksaan khusus

#### a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser et al, 2009:259).

Pemeriksaan palpasi dilakukan dengan metode:

Leopold I :untuk mengetahui TFU dan bagian apakah yang ada di fundus.

Leopold II :untuk mnegetahui bagian punggung janin berada di sebelah kanan atau kiri.

Leopold III :untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin, bokong atau kepala.

Leopold IV :untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum.

(Alimul, 2008:87)

Cara menghitung TFU:

Menurut kustmardji (2008:93), pengukuran TFU dilakukan dengan rumus MC. Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan

pengukuran tinggi fundus uteri yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur. Rumus Mc. Donald dapat dikatakan jarak di bagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter di kurangi 11 atau 12 hasilnya dikalikan 155 di dapatkan berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala di atas atau pada spina ischiadica maka di kurangi 12, jika kepala di bawah spina ischiadica maka di kurangi 11.

Cara menentukan TBJ (tafsiran berat janin):

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram perlu di ketahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumusnya:

$$\text{TBJ} = (\text{TFU dalam cm} - n) \times 155 = \dots \text{gram}$$

n : posisi kepala masih diatas spina ischiadica atau bawah.

Bila di atas (-12) dan di bawah (-11).

#### b) Auskultasi

Untuk menguji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit dapat



menunjukkan tanda-tanda gawat janin dan perlu dilakukan evaluasi segera. Cara menghitung bunyi jantung dapat dilakukan dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumlah bunyi jantung di kalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, 5 detik ke lima ke dalam satu menit adalah:

(11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal (Jannah,2009:35-36). Pemeriksaan dengan mendengar bunyi dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi detak jantung janin, bising tali pusat, bising rahim, serta bising usus (Alimul, 2008:88). Detak jantung janin: lokasi punctum maksimum, frekuensinya teratur atau tidak. Denyut jantung normal 120-160 x/menit, jika ditemukan DJJ dibawah 100 x/menit atau lebih dari 180 x/menit merupakan tanda-tanda yang perlu diwaspadai pada janin (Varney, 2007:340).

c) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala 1 persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa oleh siapa dan sudah pembukaan berapa. Dengan pemeriksaan dalam bisa juga diketahui effacement, konsistensi, keadaan

ketuban, presentasi, denominator dan hodge. Dilakukan untuk menentukan apakah pembukaan serviks progresif telah terjadi dalam mendiagnosis persalinan. Serta untuk menentukan tahap dan fase persalinan wanita, jika ia dalam persalinan (Varney et al, 2007:693).

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- 2) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap
- 3) Untuk menyelesaikan persalinan

Menurut Wiknjastro (2008:54-46), yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

- 1) Memeriksa genetalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di bagian perineum.
- 2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah serta perdarahan pervaginam atau mekonium:

- (a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam

- (b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Lihat warna mekonium kekentalan dan pemeriksaan DJJ.
  - (c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, lanjutkan pemantauan DJJ dengan seksama menurut petunjuk paragraf
  - (d) Jika mekonium kental nilai DJJ dan merujuk
  - (e) Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi
  - (f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.
- 3) Mengidentifikasi adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- 4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- 5) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan periksa dalam.

6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

7) Menurut Sulistyawati (2010:96), bidang-bidang Hodge digunakan untuk menentukan sampai dimana bagian-bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang Hodge tersebut antara lain

(a) Hodge I : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promotrium

(b) Hodge II : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi bawah simfisis

(c) Hodge III : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi spina ischiadika

(d) Hodge IV : Bidang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis

d) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *Vaginal Toucher* (VT), caranya pemeriksa (dokter atau bidan) memasukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal



antara tulang kemaluan dan promotorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010:13).

e) Pemiksaan Penujang

1) Pemeriksaan Laboratorium

(a) Haemoglobin (Hb)

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan menggunakan sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g%	:Tidak anemia
Hb 9-10 g%	:Anemia ringan
Hb 7-8 g%	:Anemia sedang
Hb < 7 g%	:Anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010:239).

(b) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi

menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser dan Cooper, 2009:255).

(c) Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009:255) urinalisasi dilakukan setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya *abnormalitas*. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisasi rutin antara lain:

(1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

(2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

(3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran

perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

## 2) Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memaki prinsip sonar (bunyi). Sehingga boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45).

## 3) *Non Stress Test* (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiograf*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD:FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011;190).

## C. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari hasil pengkajian,

menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. dengan kriteria:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : G $\geq$ 1P0/ $\geq$  UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs nujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik,

Inpartu:

1. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2007:718-719). Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:40).
2. Kala II dengan kemungkinan masalah:
  - a) Keletihan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:537)
  - b) Infeksi (Saifuddin, 2010:337)
  - c) Kram tungkai (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:722)



3. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/8/2007) tentang standar asuhan kebidanan.
4.  $P_{\geq 1}$  Kala III Persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plasenta dan alvulsi tali pusat (Sulistyawati, 2011:83).
5.  $P_{\geq 1}$  Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terjadi menurut Wiknjastro (2008:114):
  - a) Atonia Uteri
  - b) Robekan vagina, perineum, serviks
  - c) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh

#### **D. Perencanaan**

1. Diagnosa :  $G_{\geq 1}P_0$  > UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.
2. Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

## 3. Kriteria :

KU baik, kesadaran *composemtis*

TTV dalam batas normal

T : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37 C

N : 80-100 / menit

R : 16-24/ menit

His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan mulai gravid <7 jam.

Kala II primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam

Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan Multigravida < 15 menit.

Plasenta lahir spontan, lengkap.

Perdarahan <500 cc

Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan <500 cc.

#### 4. Intervensi:

##### a) Kala I

1) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarganya. Anjurkan agar ibu selalu di damping oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran banyinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.

R/ Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

2) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

R/ Asupan air yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

3) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring ke kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi

apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/ mempercepat penurunan kepala janin.

- 4) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

R/ mempercepat penurunan kepala janin.

- 5) Observasi keadaan ibu dan janin

- (a) DJJ setiap ½ jam.

- (b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam.

- (c) Nadi setiap ½ jam.

- (d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II jika terdapat indikasi



(e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.

(f) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.

(g) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

6) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

R/Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

7) Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinaan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinaan normal (Wiknjosastro, 2008:73-74).

b) Kala II

1) Memastikan tanda dan gejala kala II (doran, tekus, perjol, vulka)

R/ Gejala dan tanda kala dua merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinaan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai (Wiknjosastro, 2008:82).

- 2) Pastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

R/ Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka

- 3) Pakai celemek plastik

R/ Celemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit).

- 4) Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling untung mencegah kontaminasi silang (Saifudin, 2006:U-14).

- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin patogen yang menular melalui darah.

- 6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang bersarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

R/ Semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam partus set harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.

- 7) Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

R/ Membersihkan vulva dan perineum dengan air DTT digunakan sebagai pencegahan infeksi dan menjaga kebersihan ibu.

- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

R/ Mengetahui kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan partograf.

- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5%, lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit, kemudian cuci tangan.

R/ Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan ketrampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi.

- 10) Periksa DJJ setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)

R/ mendeteksi bradikardi janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta yang disebabkan oleh anastesia, atau posisi yang tidak tepat

- 11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta dll)



menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Wiknjosastro, 2008:87).

12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/ Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa aman nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya (Wiknjosastro, 2008:87).

13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ada dorongan kuat untuk meneran.

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi

sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta (Wiknjosastro, 2008:81).

- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

R/ Posisi jongkok dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan kala dua dan mengurangi rasa nyeri yang hebat (Hidayat, 2010:82).

- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

R/ Handuk pada perut ibu digunakan untuk persiapan mengeringkan bayi baru lahir.

- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.

R/ Kain kering yang dilipat 1/3 bagian dipersiapkan mengusap muka bayi setelah lahirnya kepala

- 17) Buka partus set dan cek kelengkapan alat dan bahan.

R/ Ketidaklengkapan alat, bahan dan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa.

18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin atau patogen yang menular melalui darah.

19) Setelah tampak kepala bayidengan diameter 5-6 cm

membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering.

Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

R/ Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati- dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan)pada vagina dan perineum.

20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran.

R/ Perasat ii dilakukan untuk mengetahui apakah tali pusat berada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali

pusat tersebut sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut.

- 21) Tunggu hingga kepala janin selesai melahirkan putaran paksi luar secara spontan.

R/ Pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberi waktu untuk bahu berotasi internal kearah diameter anteroposterior pintu bawah panggul.

- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ Penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi dibawah mandibula tau sekeliling leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi. Kelahiran bahu dan badan bayi dengan gerakan kearah atas dan luar secara biparietal merupakan mekanisme persalinan yang disebut kelahiran bahu dan tubu dengan fleksi lateral melalui kurva carus.



23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

R/ Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku dan tangan bahu belakang saat bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perineum.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dan ibu jari dan jari lainnya).

R/ tindakan ini memungkinkan menahan bayi sehingga dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan tanpa ada kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangn jari-jari.

25) Lakukan penilaian bayi baru lahir.

R/ Proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali. Penilaian ini menjadi dasar

keputusan apakah bayi perlu resusitasi (Wiknjosastro, 2008:152).

- 26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk dengan handuk atau kain yang kering, biarkan bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat

R/ Meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu untuk segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi dimeja atau tempat tidur di area antara kaki ibu.

- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (janin tunggal)

R/ Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurun pasokan oksigen kepada bayi. Jangan menekan kuat korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta.

## c) Kala III

28) Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

R/ Dengan dilakukan penjelasan, pasien akan lebih tenang dan tidak cemas atas tindakan yang dilakukan.

29) Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 U secara IM di 1/3 paha atas bagian distal laherl (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

30) Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat untuk mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi

31) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi

32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

R/ Meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi dimeja atau tempat tidur si area antara kaki ibu.

33) Selimuti dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

R/ Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva kan mencegah avulsi

35) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

R/ Tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi uterus mengalami



perubahan bentuk, dan tinggi, fundus berada diatas pusat, dan tali pusat memanjang (Wiknjosastro, 2008:101).

- 36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

R/ Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat dapat mencegah inversio uteri

- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu menran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

R/ Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu .

- 38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinlin dan

kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

R/ Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir

- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

R/ Tindakan masase fundus uteri dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik lakukan penatalaksanaan atonia uteri

- 40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.

R/ Inspeksi plasenta, ketuban, dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosis normalitas plasenta, perlekatan, dan tali pusat; untuk skrining kondisi yang tidak normal dan untuk memastikan apakah

plasenta dan membran telah dilahirkan seluruhnya (Varney, et al, 2007:162).

- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan pada laserasi menyebabkan perdarahan.

R/ Penjahitan digunakan untuk mendekatkan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah (Hidayat, 2011:99).

- 42) Pastikan uterus berkontak dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

R/ jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta

- 43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % dan membilasnya dengan air DTT kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ prinsip pencegahan infeksi

- 44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih kosong

R/ kandung kemih yang penuh dapat mempengaruhi kontraksi uterus

- 45) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

R/ meningkatkan hubungan bayi dan ibu

- 46) Setelah 1 jam lakukan penimbangan atau pengukuran bayi beri salep mata dan vit k1, 1 mg IM dipaha kiri anterolateral

R/ agar bayi tidak terinfeksi

- 47) Setelah satu jam pemberian vitamin K, berikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan.

R/ vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskuler dapat mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Imunisasi Hepatitis B dapat mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (Wiknjosastro, 2008:140).

- 48) Lanjutkan pemantauan kondisi dan menegah perdarahan pervaginam

R/ atonia utero terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) fundus uteri.



49) Ajarkan Ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

R/ jika ibu dan keluarga mengetahui cara melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi maka ibu dan keluarga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.

50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu

51) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca salin dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca salin.

R/ kandung kemih yang penuh bisa mengganggu kontraksi uterus.

52) Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi selama 5 menit. Pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-35,5°C).

R/ mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermi

53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dikontaminasi (10 menit).

Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.

R/ mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cecairan darah, cairan darah atau benda asing dari kulit atau instrument/peralatan (Wiknjosastro, 2008:17).

54) Buang bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

R/ sebagian besar limbah persalinan dan kelahiran bayi adalah sampah terkontaminasi jika tidak dikelola dengan benar, sampah terkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat

55) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT.

Bersihkan sisa cairan ketuban, lender dan darah.

Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

R/ kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi (Varney, *et al*, 2007:719).

56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

R/ pemberian ASI secara dini bila merangsang produksi ASI,memperkuat reflek menghisap bayi.

Reflek menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir.

57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

R/ larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus

58) Celupkan kain tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

R/ larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

R/ cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang

60) Lengkapi partograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

R/ tekanan darah, nadi, respirasi harus stabil seperti pada tahap sebelum bersalin selama 1 jam paska salin. Monitor tekanan darah dan nadi penting selama IV untuk mendeteksi adanya syok

diakibatkan oleh adanya kehilangan darah (Hidayat, 2011:94).

d) Kala IV

- 1) Periksa fundus uteri setiap 15 menit sekali pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, massase terus sampai menjadi keras.

R/ mencegah terjadinya atonia uteri

- 2) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

R/ memantau keadaan umum ibu untuk mendeteksi adanya komplikasi pada ibu

- 3) Anjurkan ibu untuk makan dan minum.

R/ mencukupi kebutuhan nutrisi ibu

- 4) Bersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan dan kering.

R/ menjaga personal hygiene ibu

- 5) Anjurkan ibu istirahat dan biarkan bayi pada dada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi dan inisiasi menyusu dini.

R/ kebutuhan istirahat ibu sekaligus untuk *bounding attachment*



6) Pastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.

R/ kandung kemih yg penuh dapat mempengaruhi kontraksi uterus

7) Ajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

R/ mencegah terjadinya komplikasi (Saifuddin, 2008:100-121).

## 2. Masalah

### a) Masalah Kala I :

#### 1) Cemas menghadapi proses persalinaan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persaliann

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:248)

#### (a) Jelaskan fisiologi persalinaan pada ibu.

R/ Proses persalinaan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

#### (b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinaan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/ ibu paham untuk diberlakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan : Ibu merasa terhadap persalinan.

Kriteria :

(a) Nyeri punggung berkurang

(b) Ibu tidak merasa cemas

(c) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:247)

1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

3) Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksi.

b) Masalah Kala II

1) Kekurangan cairan ( Wiknjosastro, 2008:116)

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

(a) Nadi 80-100x/menit

(b) Urin jernih, produksi urine 300cc/jam.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:117):

(a) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

(b) Jika dalam satu jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18 G dan berikan RL atau infus NS 125cc/jam.

R/ Pemberian cairan intravena akan cepat di serap oleh tubuh.

(c) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/ Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

2) Infeksi (Wiknjosastro, 2008:116)

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda tanda vital

(a) Nadi dalam batas normal (80-100x/menit)

(b) Suhu 36-37,5<sup>0</sup>C

(c) KU baik

(d) Cairan ketuban/ airan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:116)

(a) Baringkan miring ke kiri

R/ tidur miring memepercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

(b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

(c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/ antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.



(d) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/ infeksi yang tidak segera tertangani akan berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawat daruratan ibu dan janin.

3) Kram tungkai (Varney, 2007:7220)

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi :

(a) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/ Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas baawah

(b) Atur posisi dorsofleksi

R/ relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(c) Jangaan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ tungkai wanita tidak boleh di pijit karena risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

c) Masalah Kala III

1) Retensio plasenta (Wiknjosastro, 2008:114)

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap

Kriteria: tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:114)

(a) Plasenta di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pascapartus menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(b) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(c) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

(d) Dampingi ibu ke tempat rujukan

(e) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

2) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119)

(a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi

(b) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

(c) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta

Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

d) Masalah Kala IV

1) Atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:115)

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : (a) kontraksi uterus baik, keras dan bundar  
(b) perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:108-110):

(a) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang

(b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan

gunakan jarum berdiameter besar ( ukuran 16-18) pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin

(c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

(d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah

(e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

## 2) Robekan vagina, perineum tau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

(a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

(b) Perdarahan < 500cc

Intervensi:

(a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul



(b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

(c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

(1) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS

(2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar

(3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.

(4) Dampingi ibu ketempat rujukan

(Rukiyah, 2009:117)

### 3) Sub involusio

Tujuan: tidak terjadi sub involusi uteri

Kriteria: sub involusi dapat tertangani dengan baik

Intervensi:

(a) Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan.

Berdasarkan hasil pemeriksaan ibu dalam kondisi kurang baik. Pengeluaran cairan dari jalan lahir, masih berwarna merah dan berbau

menyengat yang dialami ibu adalah subinvolusi dimana proses mengecilnya uterus terganggu.

- (b) Memberitahu ibu untuk buang air kecil, supaya mengosongkan kandung kemih.
- (c) Melakukan inform consent untuk menyetujui tindakan pemasangan infus dan merujuk ke Rumah Sakit.
- (d) Memasang infus RL agar ibu tidak mengalami dehidrasi atau lemah.
- (e) Memberikan suntikan ergometrin 0,5 mg intramuscular.
- (f) Menganjurkan ibu untuk melakukan masase/pijatan pada perut bagian bawah untuk merangsang kontraksi.
- (g) Merujuk ibu ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang tepat.

(Rukiyah, 2009:189)

#### **E. Implementasi**

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidencebased* kepada klien dalam bentuk upaya, promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sehingga sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual- kultural
2. Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (*inform consent*)
3. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidenbaced*
4. Melibatkan klien dalam setiap tindakan
5. Menjaga privasi klien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Mennggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah di lakukan.

(Kepmenkes RI, 2007:6)

#### **F. Evaluasi**

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahanperkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien atau keluarganya.

Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien (Kepmenkes RI, 2007:7).

### **G. Dokumentasi**

Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : data Subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007:7).

### **2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas**

#### **A. Pengkajian data**

Pengkajian data merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Varney,2007:123).

Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap (Nurhidayah, 2014:17).



## 1. Data Subyektif

Menurut Nursalam (2008:46) data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

### a) Biodata

#### 1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131).

#### 2) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010:246).

#### 3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010:132).

#### 4) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga mempengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:241).

#### 5) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010:132).

#### 6) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba, 2010:235). Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat menyebabkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknis laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:179).

#### 7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010:235).

## 8) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012:166).

### b) Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

#### 1) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sementar-sementar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

#### 2) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

### 3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

### 4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

### 5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.



## 6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

## c) Riwayat kesehatan

1) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

## 2) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

## 3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

#### 4) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> (Manuaba, 2010:336).

#### 5) Hipertensi

Wanita dengan riwayat hipertensi pada masa kehamilan dapat berlanjut setelah melahirkan (Romauli, 2011:47).

#### 6) TORCH

Infeksi TORCH meliputi: toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus, herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama: kutilan, abortus, mikrosefalus, prematuritas, dan pertumbuhan janin terlambat (Varney, et al, 2007:378).

#### 7) Diabetes Mellitus

Wanita dengan *Diabetes Mellitus (DM)* dapat meningkatkan insiden hipertensi, preeklamsi yang akan memperburuk perjalanan persalinan. Janin berisiko tinggi mengalami kelainan kongenital dan mungkin memiliki ukuran besar atau berukuran sangat besar (makrosomia), yang dianggap sebagai

komplikasi pada periode intrpartum yang berisiko terjadi persalinan lama, distosia bahu, dan lahir operasi (Varney, et al, 2007:378).

8) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337):

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

d) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:298).

e) Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009:129).

2) Riwayat Obstetri

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu. Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Saifuddin, 2009:129).



### 3) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201).

### 4) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009:129). Pemeriksaan postpartum

merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba, 2012:204).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nurisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009:128).

Tabel 2.19  
Contoh menu makan ibu nifas

Bahan makanan	Kebutuhan makan ibu menyusui dalam sehari		
	Ibu menyusui bayi/ anak		
	Bayi umur 0-6 bulan	Bayi umur 7-12 bulan	Bayi umur 13-24 bulan
Nasi	5 piring	4 ½ piring	4 piring
Ikan	2 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	5 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	2 mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	5 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas	8 gelas

Sumber: (Manuaba, 2008)

## 2) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney et al, 2007:961). Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010:202).

## 3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan

sesudah membersihkan daerah kelinnya  
(Saifuddin, 2014:127).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya dari bahan yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2010:202).

#### 4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2009:127).

#### 5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari



sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu (Saifuddin, 2009:128).

7) Pola Kebiasaan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010:122).

g) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues. Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah

kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2009:87-90) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

1) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- (c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase *taking hold*

- (a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.

(b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.

(c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

### 3) Fase *letting go*

(a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

(b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.

(c) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

(d) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

#### h) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- 1) Menghindari makanan berprotein.
- 2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- 3) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).

- 4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- 5) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- 6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

## 2. Data obyektif

### a) Pemeriksaan umum

#### 1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 1012:38).

#### 2) Tanda-tanda vital

##### (a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney et al, 2007:961).



(b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney et al, 2007:961).

(c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:278).

(d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney et al, 2007:961).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala, rambut

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati, 2012:181).

2) Muka

Pada daerah muka di lihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (nervus fasialis).Apakah terdapat odema atau tidak, muka pucat atau tidak (Hani, 2011:78).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 2011:384).

4) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih/tidak, ada polip/tidak, ada pernapasan cuping hidung/tidak (Varney, 2007:332).

#### 5) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis apa tidak. Untuk mengetahui adanya stomatitis, karies gisi, gusi berdarah atau tidak (Sulistyawati, 2012:181).

#### 6) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:384).

#### 7) Dada

Apakah simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada benjolan atau tidak. Hal ini untuk mengetahui apakah ada tumor atau kanker (Saifuddin, 2009:124).

#### 8) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009:124). Menunjukkan adanya

kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney et al, 2007:969).

#### 9) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009:124). Menurut Varney et al (2007:1064), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

##### (a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat predisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

##### (b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke



salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen berkontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (1) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.
- (2) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah

simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.

(3) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

(4) Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari anda dengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan.

(5) Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan

paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.

(6) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

(7) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar tempat tidur.

(8) Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan ke sisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasadat ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot

tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

- (9) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus.

- (10) Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut :  
diastasis =  $\frac{2}{5}$  jari. Rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut:  
diastasis = dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.



(d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA  
(*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

#### 10) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2007:969). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125).

#### 11) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:418).

#### c) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika

Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010:239).

d) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100) yaitu:

- 1) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
- 2) Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

**B. Diagnosa Kebidanan**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa Kebidanan:

P<sub>1</sub>/>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). P<sub>1</sub>/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney et al, 2001:974).

### C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien dan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *vidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

a) Diagnosa: P<sub>1</sub>/<sup>></sup>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009:126).

b) Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

c) Kriteria: Menurut Manuaba (2012:114) adalah sebagai berikut:

1) Keadaan Umum: kesadaran composmentis.

2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).

3) Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg      N: 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C                      R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:123)

4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

(a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket.



Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan antibodi yang tinggi.

(b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

(c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai sterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidak menggumpal bila dipanaskan (Sulistiyawati, 2009:123).

#### 5) Involusi uterus normal

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil (Pitriani, 2014:62).

Tabel 2.20  
Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Ambarwati dkk, 2010:112)

## 6) Lochea normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

## d) Intervensi menurut Suherni (2009:120):

- 1) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009: 123).

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:337).

- 3) Jelaskan pada ibu mengenai senam pasca persalinan (senam nifas).

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi

indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012:176).

- 4) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012:89).

- 5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395).

e) Masalah

Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:101) antara lain:

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa.

- 2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

- 3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

Masalah 2: Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:134) antara lain:

- 1) Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

- 2) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- 3) Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

- 4) Lakukan latihan Kegel

R/ Untuk meningkatkan sirkulasi di daerah tersebut dan membantu memulihkan tonus otot (Bahiyatun, 2009:122).



Masalah 3 : *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Suherni (2009:123-124) antara lain:

1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

2) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

3) Berikan analgesic jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

Masalah 4 : pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Manuaba (2010:420) antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

- 3) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- 6) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

#### D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan Kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/ pasien
5. Menjaga privasi klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.

9. Melaksanakan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

#### **E. Evaluasi**

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi segera setelah selesai melakukan asuhan kepada klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien (Kepmenkes RI, 2007:6).

#### **F. Dokumentasi**

Menurut Depkes RI (2008:6), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut:

S: Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan.



## 2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Neonatus

### A. Pengkajian data

#### 1. Data Subyektif

##### a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012: 205).

##### b) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010: 205). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral truch* (moniliasis/sariawan), *diaper rush* (Marmi, 2012: 207-208).

##### c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2007: 916).

d) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Wals, 2012:368). Usia kehamilan aterm (37-40 minggu) Kala I berlangsung 12 jam pada primigravida kemudian pada multigravida berlangsung 8 jam (Manuaba, 2010:37) Kala II pada primigravida berlangsung 2 jam sedangkan pada multi 1 jam (Mochtar, 2015:72). Bayi lahir aterm dengan berat 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, gerak aktif dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) dengan umur kehamilan 37-42 minggu, mempunyai APGAR skor 7-10 (Manuaba, 2010:249). Setelah bayi lahir dilakukan IMD dengan

kontak kulit bayi dengan kulit ibu selama 1 jam (Wiknjosastro, 2014:126).

e) Riwayat post natal

Riwayat baru sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menangis.

Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012: 368).

Meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney *et al*, 2007:917).

f) Riwayat Imunisasi

Vaksin HB pertama (*monovalent*) paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan didahului pemberian suntikan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya. Jadwal pemberian vaksin HB *monovalent*

adalah usia 0,1, dan 6 bulan. Bayi lahir dari ibu HBsAg positif, diberikan vaksin HB dan *imunoglobulin* hepatitis B (HBIG) pada ekstremitas yang berbeda (Varney *et al*, 2007:917).

## g) Pola kebiasaan sehari-hari

## 1) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012: 379).

Tabel 2.21  
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

Hari Kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke 1	60 ml	40 kal
Hari ke 2	70 ml	50 kal
Hari ke 3	80 ml	60 kal
Hari ke 4	90 ml	70 kal
Hari ke 5	100 ml	80 kal
Hari ke 6	110 ml	90 kal
Hari ke 7	120 ml	100 kal
Hari ke > 10	150-200 ml	>120 kal

Sumber: Saifuddin, 2012: 380

## 2) Eliminasi

## (a) Buang air kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada



kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam (Marmi, 2012: 77).

(b) Buang air besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012: 77). Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser and Cooper, 2009: 711).

3) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011: 26).

Tabel 2.22  
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011: 29)

#### 4) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampa sebanyak banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007: 368).

#### 5) Personal Hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2007: 368). Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2 kali sehari (Walsh, 2012:377). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat talu pusat (Saifuddin, 2009:370).

#### h) Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011: 207).

### 2. Data obyektif

#### a) Keadaan Umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$  (Wiknjosastro, 2005: 256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2006: 137).

#### b) Tanda- tanda Vital

##### 1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014: 114).

##### 2) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda.

Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang  $36,5$ - $37,5^{\circ}\text{C}$  dan suhu kulit abdomen dalam rentang  $36$ - $36,5^{\circ}\text{C}$  (Vrney, 2007: 882).

### 3) Pernapasan

Bayi baru lahir selama 1 menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini normal. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan eskpirasi (Saifuddin, 2009: 135). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, 2007: 717).

### 4) APGAR SCORE

Tabel 2.23  
Apgar Score

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber: Varney, 2007:275



c) Antropometri

1) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008: 368). Menurut Varney (2007: 921) panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Ukuran normal panjang badan bayi baru lahir adalah 48-50 cm (Winkjosastro, 2009:119).

2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014: 214).

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang menurut Manuaba (2010:158) ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

(a) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm

(b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm

- (c) Diameter mento- frontalis : 12 cm
- (d) Diameter mento-metalis :13,5-15cm
- (e) Diameter sub mento-breghmatika : 9,5-10 cm

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain :

- (a) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (b) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- (c) Cirkumferensial fronto-oksipitalis :  $\pm 33-35$  cm
- (d) Cirkumferensial mento-oksipitalis :  $\pm 34-35,5$  cm
- (e) Cirkumferensial suboksipito bregmatika :  $\pm 32-$

34 cm

- (f) Lingkar dada 30-38 cm
- (g) Lingkar lengan 11-12 cm

(Vivian, 2010: 12-15)

#### d) Pemeriksaan Fisik

##### 1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksendanum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal*

*hematom* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga ). Perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anansefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2014: 221).

Tabel 2.24  
Perbedaan antara caput succedaneum dan cephal hematoma

Kaput succedaneum	Sefalhematoma
(1) Muncul pada saat lahir	(1) Muncul beberapa jam setelah lahir
(2) Tidak bertambah besar	(2) Lebih besar hari ke-2 atau ke-3
(3) Hilang dalam beberapa hari	(3) Hilang setelah 6 minggu
(4) Batas tidak jelas	(4) Batas tegas
(5) Kadang-kadang melewati sutura	(5) Tidak pernah lewat sutura
(6) Penyebab: bengkak melewati jaringan lunak	(6) Penyebab : perdarahan subperiosteal
(7) Komplikasi: tidak ada	(7) Komplikasi: ikterus, fraktur, perdarahan intrakranial, syok.

Sumber: (Maryunani, 2008:166)

## 2) Rambut

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat (Fraser dan Cooper, 2009: 709). Ubul-ubun

belakang menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser dan Cooper, 2009: 712). Bayi yang mengalami seborea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012: 221-223).

### 3) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresis dan fasialis (Marmi, 2014: 221).

### 4) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti pendarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat



mejadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014: 221-224).

5) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014: 224).

6) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007: 370).

7) Telinga

Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantung luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian kearah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007: 302).

8) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran thyroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2007: 302). Leher bayi biasanya pendek dan

diperiksa ke simetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014: 224).

#### 9) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotpraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2014: 224). Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Fraser dan Cooper, 2009: 710).

#### 10) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007: 335).

### 11) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2014: 226).

### 12) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007: 339). Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medula spinalis (Walsh, 2007: 373). Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah (Marmi,2012: 215).

### 13) Genetalia

#### (a) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2014: 226).

#### (b) Laki-laki

Pada bayi laki laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2014: 226).

### 14) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrome megakolom atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 204: 235).

### 15) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum.



Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008: 371-372).

#### 16) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna kulit yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak berak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2006: 137). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan,

tekanan atau zat yang memiliki Ph berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser, 2009: 709).

e) Pemeriksaan Penunjang

Untuk menunjang diagnosis penyakit guna mendukung atau menyingkirkan diagnosis lainnya (Nurmalasari, 2010:157).

f) Pemeriksaan Refleksi

1) Refleksi melangkah

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014: 246).

2) Refleksi menelan (*Swallowng Reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008: 134).

3) Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2014: 246).

4) Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusui.

5) Reflek mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh kearah stimulus dan membuka mulutnya.

6) Refleksi menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014: 246).

7) Refleksi terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul

fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya.

8) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014: 247).

9) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Eksremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2014: 247).

10) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2014: 72).



## **B. Diagnosa Kebidanan**

Menurut Kemenkes RI (2011:8) perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa atau masalah adalah :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir usia.... Jam/hari diberikan kepada bayi bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh, diaperash, seborrhea, bisulan, miliarasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014: 211).

## **C. Intervensi**

Menurut Varney (2007:756), Diagnosa: diagnosa yang dapat ditegakan adalah bayi baru lahir normal, usia.. jam/hari, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-4000 gram), PB(48-52 cm)

Tujuan : bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

Kriteria :

1. Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI (Wiknjosastro, 2006: 174).
2. Nadi 120-160x/menit
3. Suhu bayi 36,5-37,°C
4. Frekuensi pernapasan rata rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2007).
5. Berat badan 2500-4000 gram

Intervensi :

1. Lakukan inform consent  
R/ Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut
2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan  
R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.
3. Beri identitas bayi  
R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan
4. Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut  
R/ Membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi
5. Rawat tali pusat dan mmebungkus dengan kassa  
R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi

6. Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan  
R/ Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi
7. Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam  
R/ Deteksi dini terhadap adanya komplikasi
8. Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB/BAK  
R/ Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas
9. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif  
R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari
10. Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir  
R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008:174).

Masalah I : Risiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

1. Suhu bayi 36.5-37,5°C (Marmi, 2014: 207).
2. Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009: 97-100).

Intervensi menurut Marmi (2012: 302)

1. Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh yang dapat menjadi indikator awal setres dingin

2. Kaji tanda tanda hipotermi

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dengan kematian

3. Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi

R/ Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi-bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

Masalah 2 : Risiko Hipglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

1. Kadar glukosa dalam darah  $\geq$ mg/dl



2. Bayi tidak kejang, tidak letargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan nomotermi.

Intervensi menurut Marmi (2012: 306) :

1. Kaji bayi baru lahir dan cacat setiap faktor risiko  
R/ Bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi
2. Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.  
R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 20-4 jam hingga stabil
3. Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi  
R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut
4. Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemi.  
R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemi
5. Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi

Masalah 3 : Risiko Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

1. Kadar bilirubin serum  $\leq 12,9$  mg/dl
2. Timbl pada hari ke-2 dan ke-3 setelah bayi lahir
3. Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera dan urine tidak berwarna kekuning-kuningan

Intervensi :

1. Mengkaji faktor-faktor risiko  
R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sulfanodima, atau obat-obatan anti mikroba dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat
2. Mengkaji tanda dan gejala ikterik  
R/ Pola penerimaan ASI buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda vital enselepati bilirubin (kerniterus).
3. Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam  
R/ Kolostrum sebagai pembersih selaput BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan

4. Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan

Masalah 4 : Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria :

1. Cuaca dingin
2. Jarang mencuci rambut
3. Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut Marmi (2012: 221-223):

1. Menyelimuti bayi dan memakaikan baju  
R/ Menjaga suhu bayi tetap hangat
2. Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa  
R/ Mengeramasi bayi 2-3 kali seminggu
3. Memberikan krim silanum sulvida/HG presipitatus albus 2 %  
R/ Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi

Masalah 5 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum serta bayi tidak rewel.

Intervensi menurut Marmi (2012):

1. Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

2. Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

Masalah 6 : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012:341):

1. Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusu menggunakan air matang.

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush.

2. Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ Mematikan kuman dengan suhu tertentu.

3. Bila bayi menyusu ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ Mencegah timbulnya oral trush.

Masalah 7 : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*



Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut Marmi (2012:342):

1. Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

2. Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ Mencegah timbulnya *diaper rash*.

3. Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

4. Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

Masalah 8 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut Marmi (2012:343):

1. Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari  
R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan
2. Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering untkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.  
R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.
3. Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.  
R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.
4. Kenakan pakaian katun untuk bayi.  
R/ Bahan katun dapat menyerap keringat.
5. Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.  
R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

#### **D. Implementasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif,

efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif*, dan *rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan Kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/ pasien
5. Menjaga privasi klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melaksanakan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

#### **E. Evaluasi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang

diberikan, sesuai dengan perkembangan kondisi klien. Dengan cara :

1. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien dan atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai kondisi klien atau pasien

#### **F. Dokumentasi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan dalam memberian asuhan kebidanan.

Dengan kriteria :

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

S adalah data Subjektif, mencatat hasil pemeriksaan

O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A adalah Analisa, mencatat hasil diagnosa dan masalah kebidanan

P adalah Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan



antisipatif, tindakan segera komperhensif. Penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

## 2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana

### A. Pengkajian data

#### 1. Data subyektif

##### a) Biodata

##### 1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011: 131)

##### 2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013:9).

##### 3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011: 132).

#### 4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan Kb, susuk KB atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2012: 592).

#### 5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011:194).

#### 6) Alamat

Wanita yang tinggal ditempat yang terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Walsh, 2007:10)

#### b) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascalin menurut Affandi (2012:9) adalah:

- 1) Usia 20-35 tahun
- 2) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi

#### c) Riwayat kesehatan

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker

payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012:9).

- 2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012:10).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012:10).
- 4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011:29).
- 5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang

ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012:36).

d) Riwayat kebidanan

1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca salin insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selma 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja. Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012:11), wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:247).

2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa



infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012:11).

Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi, 2012:18). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontraindikasi KB IUD (Affandi, 2012:34).

### 3) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014:59). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013:32).

### e) Pola kebiasaan sehari-hari

#### 1) Nutrisi

DMPA mengandung pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor

makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013:37).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013:37).

3) Istirahat/ tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:16).

4) Seksual

Pada pengguna jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:16).

5) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013:38). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (Rifampisin), atau tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012:39).

## 2. Data obyektif

Setelah dibahas data subyektif untuk melengkapi data dalam menegakan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan infeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara berurutan. Data-data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut:

### a) Pemeriksaan umum

#### 1) Tanda- tanda vital

Suntikan progesterin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Affandi, 2012:39). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009:267).

#### 2) Pemeriksaan antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013:40).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012:39).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala, rambut

Meliputi warna, mudah rontok atau tidak dan kebersihannya.

2) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebih didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:40).

3) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakaian pil progestin (Affandi, 2012). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemi (Affandi, 2012:40).

4) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih/tidak, ada polip/tidak, ada pernapasan cuping hidung/tidak (Varney, 2007:332).

5) Dada

Diperiksa untuk mengetahui kesimetrisan dada, ada benjolan/tidak, ada retraksi dada/tidak, ada bunyi *wheezing* dan *ronkhi* atau tidak (Affandi, 2012:40).



#### 6) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:43). Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012:40). Terdapat benjolan/kanker atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan (Affandi, 2012:51).

#### 7) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implan bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:158).

#### 8) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013:43).

Ibu menggunakan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:41). Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting) antar menstruasi, dan

komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:42).

#### 9) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012:38). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:42).

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, sebagaimana diuraikan oleh Siswishanto (2004:99) sebagai berikut:

##### 1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

##### 2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- (a) Memastikan gerakan serviks bebas
- (b) Menentukan besar dan posisi uterus
- (c) Memastikan tidak ada tanda kehamilan

- (d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

### **B. Diagnosa kebidanan**

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/ bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik (Saifuddin, 2010:145).

### **C. Perencanaan**

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan:

1. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
3. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

1. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
2. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
3. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:146):

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.  
R/ menyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).  
R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
3. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontra indikasi.  
R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.
4. Bantulah klien menentukan pilihannya.  
R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
5. Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.  
R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.
6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.



R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7. Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

#### **D. Masalah**

1. Masalah I: Amenorhea

Tujuan: setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria: ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Affandi (2012:57):

- a) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*

R/ menegtahui tingkat pengetahuan pasien

- b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaannya.

- c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan Kb, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB

- d) Bila amenorea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik.

R/ mendapatkan pelayanan lebih (Dyah, 2011:68).

2. Masalah 2 : pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dari ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria: tidak terasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Affandi (2012:66):

- a) Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menengakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untu pengobatan.

- b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

- c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

3. Masalah 3 : perdarahan bercak/ *spotting*

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mmampu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria: keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012:67):

- a) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

- b) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

#### 4. Masalah 4 : Kenaikan BB

Tujuan : berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indek masa tubuh

Intervensi menurut Dyah (2011:68) antara lain:

- a) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar.

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya.

- b) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

- c) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi.

- d) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

R/ memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

5. Masalah 5 : perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria: perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Affandi (2012:68):

- a) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/ tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah adanya berupa perdarahan yang banyak.

- b) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/ terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

- c) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki



R/ perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

### E. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan Kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/ pasien
5. Menjaga privacy klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melaksanakan tindakan sesuai standar.

10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

#### **F. Evaluasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/ SK/VII/ 2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.

#### **G. Dokumentasi**

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S: data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O: data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P: penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan

antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

